

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva

Ana Carina Oliveira Martins

2015

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização **Enfermagem de Reabilitação**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva

Ana Carina Oliveira Martins

Relatório de estágio orientado por:
Professora Cristina Saraiva

2015



AGRADECIMENTOS

À minha grande família: em especial aos meus filhos Maria Rita e Guilherme, ao Lino, à minha mãe, pais, irmãs, sogros e cunhado, por tudo... pelo tempo, pelo incentivo, pela ajuda... por estarem comigo...

À minha tutora, Professora Cristina Saraiva, pelo incentivo desde o primeiro dia, pela exigência, pela dedicação...

Às minhas orientadoras de estágio e a todos os enfermeiros de reabilitação com quem me cruzei neste caminho e que partilharam comigo os seus conhecimentos...

Aos doentes e famílias que fizeram parte de todos estes momentos...

... ao João e ao Sr. Rato, onde quer que esteja e que recordo sempre com emoção...

À Margarida, uma amiga não de sempre mas para sempre ...

À Marta e à Vânia, pelos momentos passados, pelo carinho que prevalece...

Aos colegas da especialidade com quem vivi este percurso...

... a todos os outros que guardo no meu coração e fazem parte do meu ser, o meu sincero e feliz OBRIGADA.

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crónica apresenta-se com uma prevalência crescente, associada a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, gera um grau de incapacidade preocupante, com forte impacto na vida pessoal, familiar, profissional e social. A ventilação não invasiva surge como tratamento, de acordo com a evidência analítica, nos estádios mais avançados da doença estável e nas exacerbações.

Pretendemos compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica submetida a ventilação não invasiva, em internamento e ambatório.

Após uma revisão da literatura partimos para a prática e constatámos que a sua intervenção passa pela reabilitação respiratória, uma intervenção global baseada numa avaliação minuciosa da pessoa; com o objetivo de reduzir os sintomas, otimizar o estado funcional e a participação desta. Inclui uma intervenção adaptada às suas necessidades de autocuidado terapêutico e engloba exercício físico, educação e mudança de comportamentos, com vista à melhoria da sua condição física e psicológica, promovendo a adesão a longo prazo de comportamentos saudáveis, podendo alterar o curso da doença. É sua componente a reeducação funcional respiratória que pode associar-se à ventilação não invasiva, antes e durante a sua instituição e na preparação do regresso da pessoa ao domicílio com este tratamento.

Verificámos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem competências que lhe permitem executar um plano de reabilitação com a pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica submetida a ventilação não invasiva, podendo associar os benefícios deste tratamento aos da reeducação funcional respiratória; promove o autocuidado, ajuda a pessoa/família na gestão da doença, permitindo uma melhor qualidade de vida.

Para complementar o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, além da reeducação funcional respiratória, desenvolvemos atividades para a reabilitação da pessoa com alteração das funções sensório-motoras e da eliminação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação/*Rehabilitation Nursing*, Autocuidado/*Self-care*, DPOC/*COPD*, VNI/*Non-invasive Ventilation*

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease is presented as a disease with an increasing prevalence, associated to high mortality and morbidity, which generates a degree of concern disability, with strong impact on personal, family, professional and social lives. Non-invasive ventilation arise as a treatment, according to the analytical evidence, in the advanced stages of stable disease and in exacerbations

We aim to understand the specialist nurse in rehabilitation nursing intervention in promoting self-care of people with chronic obstructive pulmonary disease undergoing non-invasive ventilation, inpatient and outpatient.

After a literature review, we started to practice and found that their intervention involves respiratory rehabilitation, a global intervention based on a thorough assessment of person; in order to reduce symptoms, to optimize functional status and its participation. It includes an adapted intervention of therapeutic self-care demands in exercise, education and behavior change, to improve their physical and psychological conditions, promoting a long-term adherence to healthy behaviors and may change the course of disease. Pulmonary functional rehabilitation is its component, and can be associated with non-invasive ventilation, before and during its institution and when it's making arrangements for home return with this treatment.

We found that specialist nurse in rehabilitation nursing has skills that allow her to develop a rehabilitation care plan with the person with chronic obstructive pulmonary disease undergoing noninvasive ventilation, can therefore associate the benefits of this treatment to those of the pulmonary functional rehabilitation; promotes self-care, helps the person/family to management disease, allowing a better quality of life.

To complement the specialist nurse in rehabilitation nursing skills development, as well as pulmonary functional reeducation, we develop activities

in order to rehabilitate people with sensorimotor functions disorders and elimination processes dysfunctions.

Key Words: Rehabilitation Nursing, Self-care, COPD, Noninvasive Ventilation

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	19
2. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	31
3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	39
3.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	41
3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	48
3.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	53
3.4 Domínio da Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	57
3.5 Domínio da Prestação de Cuidados Especializados	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	
Anexo 1 - Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC	
Anexo 2 – Associação entre os sintomas, a espirometria e o risco de futuras exacerbações	
Anexo 3 – Questionários validados para avaliação dos sintomas: mMRC, CAT, SGRQ e SGRQ-C	
Anexo 4 – Gestão da pessoa com DPOC estável	
Anexo 5 – Tratamento Farmacológico da pessoa com DPOC estável	

Anexo 6 – Certificado de participação no I Workshop de Transplantação Pulmonar

Anexo 7 – Certificado de participação na “Sessão Prática de Ventilação Não Invasiva, da teoria à prática”, parte integrante do I Workshop de Transplantação Pulmonar

Anexo 8 – Documento para avaliação do risco de quedas em adultos no CMR - adaptação da *Morse Fall Scale*

Anexo 9 – Documento para avaliação do risco de úlcera de pressão no CMR- Escala de *Braden*

Anexo 10 – Escala de BORG Modificada utilizada na URFR

Anexo 11 – The St. George’s Hospital Respiratory Questionnaire utilizado na URFR

Anexo 12 – Classificação Neurológica da Lesão da Medula Espinal padronizada pela *American Spinal Injury Association* (ASIA)

Anexo 13 – Medida de Independência Funcional (MIF) (utilizada no CMR)

APÊNDICES

Apêndice 1 – Razão da escolha dos locais de estágio

Apêndice 2 – Guião de Entrevista à Senhora Sr.^a Enf.^a Chefe da URFR

Apêndice 3 – Guião de Entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe da UIR

Apêndice 4 – Guião de Entrevista à Sr.^{as} Enf.^a Chefe do HDIR e Enf.^a Responsável da SVE

Apêndice 5 – Guião de Entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe da Direção de Enfermagem Responsável pelos Ensinos Clínicos do CMR

Apêndice 6 – Cronograma dos locais de estágio

Apêndice 7 – Oxigenoterapia

Apêndice 8 – Problemas Parcelares

Apêndice 9 – Jornais de Aprendizagem realizados no CMR

Apêndice 10 – Plano da Sessão Formativa

Apêndice 11 – Diapositivos apresentados na Sessão de Formação

Apêndice 12 – Avaliação da Sessão de Formação

Apêndice 13 – Jornais de Aprendizagem realizados no HDIR

Apêndice 14 – Jornais de Aprendizagem realizados na URFR

Apêndice 15 – Jornais de Aprendizagem realizados na UIR

Apêndice 16 – Proposta de folheto “Consulta de Fibrose Quística”

Apêndice 17 – Plano de Cuidados à Pessoa com Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva

INTRODUÇÃO

O ser humano tem capacidade de conhecer, pensar, comunicar, refletir, empreender e agir deliberadamente, adquirindo e exercendo determinadas atitudes e comportamentos, criando desta forma capacidade de se adaptar e executar o autocuidado.

Na necessidade de autocuidado terapêutico, o ser humano deve ser auxiliado nas suas limitações quando não é capaz de assegurar o seu autocuidado, por profissionais reconhecidos pelo elevado nível dos cuidados prestados e pela sua adequação às necessidades de autocuidado da pessoa/família. Isto é possível pela promoção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da disciplina de Enfermagem, através de um percurso de desenvolvimento profissional no sentido da especialização dos enfermeiros.

O enfermeiro especialista é aquele que, para além de prestar cuidados gerais, tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

Para finalizar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi solicitada a elaboração de um relatório no sentido de evidenciar as competências na área da enfermagem de reabilitação desenvolvidas durante o mesmo - nomeadamente ao longo do 3º semestre, ao nível de vários contextos da prática clínica - após a realização de um projeto de intervenção clínica na área da Reabilitação Respiratória, mais especificamente, na Reeducação Funcional Respiratória.

A escolha desta área prendeu-se com uma motivação pessoal de encontrar aqui uma forma de desenvolver competências que permite prestar cuidados com mais qualidade às pessoas que recorrem ao serviço onde atualmente desempenho funções, o serviço de urgência.

Trata-se de uma área que abrange vários tipos de doenças, entre elas a doença pulmonar obstrutiva crónica, cuja gestão ineficaz leva à sua progressão para estádios mais avançados ou a exacerbações da doença, podendo surgir a necessidade de ventilação não invasiva como forma de tratamento. A recorrência ao serviço de urgência, os internamentos e reinternamentos representam também elevados custos para a saúde.

A doença pulmonar obstrutiva crónica tem uma prevalência crescente e gera um grau de incapacidade inquietante, com um forte impacto na sociedade. Está associada a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, havendo aproximadamente 44 milhões de pessoas com esta patologia, de acordo com a *European Lung Foundation* (ELF, 2014), sendo provável que no ano de 2020 se verifiquem mais de seis milhões de mortes por ano em todo o mundo, tornando esta doença a terceira principal causa de morte (ELF, 2014).

O relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2013) revela que a prevalência desta doença em Portugal é de 14,2% da população com mais de 45 anos. Contudo, o número de pessoas com a doença está subestimado e, em tempos de crise, como a crise económica atualmente existente em Portugal, esta realidade tende a agravar-se, pela possível dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, o preço elevado dos medicamentos, a ausência de comparticipação nos medicamentos utilizados na cessação tabágica, o aumento da poluição exterior e interior (ONDR, 2013).

A pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica bem controlada deve ser capaz de fazer a sua vida em ambulatório, sendo o internamento encarado como uma falha do controlo da doença (ONDR, 2012).

Portugal é o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico em que, anualmente, se regista o menor número de internamentos por doença pulmonar obstrutiva crónica, tendo reduzido entre 2003 e 2011, traduzindo uma melhoria na gestão da doença. Contudo, no ano de 2012 a situação inverteu-se e a mesma foi a segunda principal causa de internamento por doenças respiratórias em 2012 (com 8967 casos, o que equivale a 12,7% dos internamento por doenças respiratórias, sendo a maioria do sexo

masculino). Destes 8967 casos, 2140 dizem respeito a pessoas submetidas a ventilação mecânica (ONDR, 2013).

Apura-se que o número de internamentos de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica submetidos a ventilação mecânica tem vindo a aumentar, desde 2003 (com 9,1% dos internamentos em 2003 a 23,9% em 2012), o que significa, certamente, uma maior indicação e utilização da ventilação mecânica nas agudizações da doença, mais frequentes nas pessoas com mais de 40 anos. A mortalidade nos internamentos de pessoas submetidas a ventilação mecânica varia entre 11.6% em 2011 e 18.1% em 2004 (ONDR, 2013).

O acompanhamento da pessoa com esta doença crónica obriga a um seguimento de proximidade, tornando-se fundamental beneficiar da proximidade que o enfermeiro tem com a pessoa/família, quer a nível hospitalar, quer na comunidade, de forma a ter um papel de *pivot* na cooperação multidisciplinar, necessária para trazer ganhos efetivos à saúde e à qualidade de vida da pessoa, promovendo a máxima independência possível no seu exercício de autocuidado.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem uma ação fundamental para com a pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, pois beneficia de um conhecimento alargado sobre um domínio específico da enfermagem, de forma a dar resposta aos problemas de saúde das pessoas/famílias que cuida, revelando pensamento crítico e tomada de decisão, mostrando elevado nível de competências, que superam as evidenciadas pelos enfermeiros de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Com o objetivo de procurar diminuir o impacto da doença na vida das mesmas, que veem comprometida a sua capacidade de realização de autocuidado, que no decorrer da evolução da doença deparam-se com a sua vida pessoal, profissional e relacional condicionadas, nasceu o interesse e a vontade de realizar um projeto nesta área, o qual foi desenvolvido durante o estágio.

Perante esta problemática torna-se imprescindível a atuação no sentido de proporcionar à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica a melhor forma de gerir a sua doença, tendo o papel principal e ativo na promoção da sua

qualidade de vida, ajudando-a na conquista da sua autonomia, sendo capaz de autocuidar-se mesmo quando algum grau de incapacidade já está instalado, pelo que se formulou a seguinte questão de partida: Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva?

Assim sendo, conhecedores da importância do tema e da sua abordagem multifatorial, definimos como objetivo geral de estágio, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva.

Consciente da responsabilidade e validade da realização de um trabalho deste teor é nossa intenção, com a realização deste relatório, evidenciar as competências do enfermeiro especialista e na área da enfermagem de reabilitação, na promoção do autocuidado, dando maior ênfase à temática em estudo (pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica submetida a ventilação não invasiva) desenvolvidas durante o estágio.

Este decorreu de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013, teve a duração de 750 horas divididas por trabalho autónomo, orientação tutorial e contexto clínico, o último estrategicamente repartido por diferentes locais cuja escolha teve por base as competências a desenvolver (apêndice 1).

Os locais de estágio escolhidos após a realização de entrevistas segundo guiões (apêndices 2, 3, 4 e 5) e a análise das mesmas, dando-nos a oportunidade de prestar cuidados “em todos os contextos da prática de cuidados” foram: Unidade de Reeducação Funcional Respiratória, Unidade de Insuficientes Respiratórios, Hospital Dia de Insuficientes Respiratórios (Sala de Ventilação Eletiva e Visitas Domiciliárias) e Centro de Medicina de Reabilitação. O cronograma dos locais de estágio encontra-se em apêndice 6.

As atividades realizadas durante estas semanas e descritas neste relatório que levaram ao desenvolvimento das competências previstas sustentam-se no pensamento teórico de *Dorothea Orem*, o qual se baseia na premissa que as pessoas podem cuidar de si próprias - Autocuidado. A pessoa é encorajada a ser o mais independente possível, ocorrendo um défice de autocuidado quando

é incapaz de cumprir os requisitos de autocuidado. A função do enfermeiro é determinar os défices, definir modalidades de suporte e prescrever um sistema de enfermagem adequado à necessidade identificada. É um modelo conceptualizado na escola das necessidades, apresenta uma visão holística da Pessoa, centrando-se na capacidade de realizar o autocuidado.

Foi necessário proceder a uma revisão da literatura, tendo sido feita pesquisa na base de dados *EBSCOHost*, seleccionando como fontes as bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *MedicLatina* e como referências estudos com evidência científica, usando as palavras-chave e termos relacionados com *Rehabilitation Nursing*, *Self-care*, *COPD* e *Non-invasive Ventilation*. Foram também pesquisadas teses de mestrado no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e livros científicos alusivos ao tema.

Este relatório está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo contextualiza a doença pulmonar obstrutiva crónica na pessoa submetida a ventilação não invasiva. O segundo capítulo a reabilitação respiratória e, dentro desta, a reeducação funcional respiratória nestes doentes, bem como a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado na reabilitação respiratória da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica submetida a ventilação não invasiva.

A descrição das atividades realizadas e as competências desenvolvidas surgem no terceiro capítulo, dando resposta aos objetivos estabelecidos que surgiram dos problemas levantados a partir da questão de partida e das restantes competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

As considerações finais surgem no quarto capítulo, onde expomos as principais linhas conclusivas da reflexão realizada, análise das dificuldades sentidas durante este percurso, mais valia do curso e as perspetivas futuras.

Por último, surge a bibliografia, onde se encontram todas as referências utilizadas.

1. A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença que pode ser prevenida e tratada, com componentes extrapulmonares que contribuem para a gravidade individual. A componente pulmonar caracteriza-se por uma limitação do fluxo aéreo que não é completamente reversível. Sendo uma obstrução persistente, esta limitação é habitualmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões a partículas nocivas ao mesmo e a gases, com progressiva destruição do parênquima pulmonar e perda dos septos pulmonares (Marcelino e Pimentel, 2009; GOLD, 2014).

A etiologia da DPOC é multifatorial e resulta de uma interação entre os fatores genéticos e o ambiente em que a pessoa está inserida (Valente, Bárbara, Carvalho, & Shiang, 2003; GOLD, 2014).

O diagnóstico e caracterização da DPOC devem ser os mais precoces possíveis, uma vez que esta doença leva à incapacidade de longa duração, sendo necessário intervir no curso natural da mesma para que não evolua para um quadro de insuficiência respiratória crónica (IRC) (GOLD, 2014).

O diagnóstico da DPOC é realizado com base na história clínica, avaliação física e espirometria, e deve ser considerado em qualquer pessoa que tenha dispneia, tosse crónica ou produção de expectoração e/ou história de exposição a fatores de risco para a doença, em especial os hábitos tabágicos, bem como história familiar de DPOC. Na presença destes indicadores e numa pessoa com mais de 40 anos deve-se considerar a possibilidade de existência desta doença e realizar uma espirometria para confirmação, após a administração de broncodilatador (GOLD, 2014).

Fisiologicamente, a DPOC caracteriza-se por um aumento do volume residual com diminuição da capacidade vital, um aumento da capacidade pulmonar total, diminuição do volume expiratório forçado no primeiro minuto (FEV₁), diminuição do índice de *Tiffeneau*, ou seja, da razão entre

FEV₁/capacidade vital forçada (FCV) e o fluxo expiratório forçado entre os 25% e os 75% (FEV₂₅₋₇₅) (Marcelino e Pimentel, 2009).

Caso a pessoa apresente uma razão de FEV₁/FCV inferior a 70, considera-se que se está na presença de uma obstrução do fluxo aéreo, de acordo com a classificação da gravidade da obstrução do fluxo aéreo na DPOC, baseada na realização de uma espirometria após uso de broncodilatador (GOLD, 2014) (anexo 1).

Uma vez diagnosticada a DPOC, a sua efetiva gestão deve ser baseada na identificação e gestão dos sintomas, aliviando-os, melhorando a tolerância ao esforço, melhorando o estado de saúde e reduzindo o risco, prevenindo a progressão da doença, prevenindo e tratando as exacerbações, reduzindo a mortalidade. Esta gestão torna-se também um desafio dadas as comorbilidades associadas que, ao influenciarem a mortalidade por DPOC, a recorrência ao hospital e os internamentos por exacerbação da doença, têm igualmente de ser cuidadosamente identificadas, vigiadas e tratadas (GOLD, 2014).

O principal fator de risco associado à DPOC é o tabagismo. De acordo com o relatório do ONDR (2013) e segundo dados da Direção-Geral de Saúde (DGS) (2012), em Portugal, a maior mortalidade atribuível ao tabaco foi observada nos homens entre os 45 e os 59 anos, sendo aproximadamente de 8 em cada 10 mortes por DPOC.

São também considerados fatores de risco a exposição ocupacional, poluição do ar interior e exterior, fatores genéticos como o défice de alfa1-antitripsina ou relacionados com o crescimento do pulmão durante a gestação e na infância, como o baixo peso à nascença, infeções respiratórias e ainda o estado socioeconómico (o qual se correlaciona de forma inversa com o risco de desenvolvimento de DPOC) (Valente et al, 2003; GOLD, 2014).

São consideradas comorbilidades da DPOC a doença cardiovascular, a osteoporose, a depressão, a ansiedade, a disfunção musculoesquelética, a diabetes e a neoplasia do pulmão, entre outras doenças, que contribuem para aumentar a gravidade da DPOC, pelo que devem ser investigadas e tratadas. (DGS, 2013). As bronquiectasias observadas nas tomografias estão associadas a mais exacerbações e ao aumento da mortalidade na DPOC (GOLD, 2014).

Os objetivos da avaliação da DPOC são determinar a gravidade da doença, o seu impacto no estado de saúde e o risco de futuros eventos (exacerbações, admissões no hospitalar ou morte), de modo a, eventualmente, determinar o tratamento (GOLD, 2014). Para tal é necessário determinar o nível de sintomas do doente, a gravidade das alterações da espirometria, o risco de exacerbações e a presença de comorbilidades (GOLD, 2014).

A gravidade da doença é classificada fazendo uma avaliação combinada, associando os sintomas e intensidade da dispneia, a gravidade espirométrica e o risco de futuras exacerbações, estratificando as pessoas por grupos (A, B, C, D) (DGS, 2013; GOLD, 2014) (anexo 2).

Considera-se uma pessoa com elevado risco (grupo C ou D) quando teve duas ou mais exacerbações da doença no último ano ou quando apresenta FEV₁ inferior a 50% do previsto (GOLD, 2014).

Esta associação em conjunto com a avaliação das potenciais comorbilidades evidencia a complexidade da DPOC e serve de base para uma gestão individualizada da doença (GOLD, 2014).

Para a avaliação dos sintomas pode-se recorrer a questionários já validados, sendo que a DGS (2013) e a GOLD (2014) recomendam o uso do *Modified British Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale* ou do *COPD Assessment Test (CAT)*, referindo ainda o *Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ)*. O *Saint George Respiratory Questionnaire for COPD Patients (SGRQ-C)* deriva do anterior, é mais pequeno que este e é válido para a DPOC. É assim possível avaliar a sintomatologia, a eficácia do tratamento e controlar a progressão da doença (anexo 3).

Os grandes objetivos no tratamento da pessoa com DPOC estável são reduzir os sintomas e os fatores de risco (GOLD, 2014).

A redução dos sintomas passa pelo alívio da sintomatologia, pela melhoria da tolerância ao exercício físico e do estado de saúde. A DPOC tem efeitos extrapulmonares ou sistémicos significativos (perda de peso, desequilíbrios nutricionais, alterações musculoesqueléticas, mais tarde caracterizada por sarcopénia e má função das células remanescentes), cuja causa é multifatorial (inatividade, dieta pobre, inflamação, hipoxia), contribuindo para a intolerância ao exercício físico e a um estado de saúde pobre (GOLD, 2014).

A redução do risco passa por prevenir a progressão da doença, prevenir e tratar o risco de exacerbações e reduzir a mortalidade (GOLD, 2014).

Considera-se uma exacerbação da doença quando surge um evento agudo caracterizado pelo agravamento dos sintomas respiratórios (dispneia, tosse, produção de expectoração) para além do normal das variações do dia a dia e que levam a ajuste terapêutico (GOLD, 2014). As exacerbações na pessoa com DPOC podem surgir em caso de infeção bacteriana ou viral que leva ao aumento da resposta inflamatória, poluição ambiental ou fatores desconhecidos. O seu tratamento minimiza o seu impacto e reduz o desenvolvimento de futuras exacerbações, tendo em consideração que estas têm um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, nos sintomas e na função pulmonar, conduzindo ao seu declínio, aumentam os custos económicos e a mortalidade (GOLD, 2014).

A definição do grupo é importante para a definição do tratamento indicado para a gestão da pessoa com DPOC estável (anexo 4).

A cessação tabágica é a intervenção mais capaz de influenciar a história natural da DPOC, pelo que os fumadores devem ter acesso terapia de grupo, aconselhamento psicológico, programas de modificação de comportamentos, entre outros, bem como terapêutica de substituição da nicotina (Valente et al., 2003; GOLD, 2014).

O tratamento farmacológico nas pessoas com DPOC estável (anexo 5) é usado para reduzir os sintomas, a frequência e a gravidade das exacerbações, melhora o estado de saúde e a tolerância ao exercício físico (GOLD, 2014) dirigindo-se, essencialmente, ao controlo da contração do músculo liso dos brônquios, ao controlo da congestão e do edema, ao controlo da inflamação e à diminuição das secreções nas vias aéreas (Valente et al., 2003). Ele deve ser adaptado às necessidades de cada pessoa, sendo específico para cada uma, de acordo com a gravidade dos sintomas, o risco de exacerbações, a disponibilidade dos fármacos e resposta individual (GOLD, 2014).

O tratamento não farmacológico engloba a reabilitação respiratória (RR), que deve ser oferecida a todos as pessoas que referem dispneia quando caminham ao seu próprio passo ao nível do chão (GOLD, 2014), traduzindo assim uma

limitação da capacidade ao exercício, mesmo na pessoa com obstrução ligeira (DGS, 2013).

Existem ainda outros tratamentos como a oxigenoterapia (apêndice 7), o suporte ventilatório, o tratamento cirúrgico e os cuidados paliativos (GOLD, 2014).

O tratamento da pessoa com DPOC depende essencialmente da colaboração do mesmo na gestão da sua doença, avaliada e promovida pelo acompanhamento nos respetivos serviços de saúde e orientações de saúde fornecidas, sendo importante não descurar os fatores económicos que por vezes levam ao incumprimento terapêutico. Ainda assim, tal como referido na GOLD (2014), a educação da pessoa na promoção da atividade de autocuidado continua a ser a chave para o sucesso da gestão da doença e sintomas.

No caso de uma exacerbação da doença, diagnosticada pela sintomatologia da pessoa e testes laboratoriais, o objetivo do tratamento é minimizar o impacto da mesma e prevenir o desenvolvimento de futuras exacerbações.

O tratamento farmacológico nestes casos sofre alterações, dando-se preferência a broncodiladores de curta duração em doses mais elevadas e/ou mais frequentes; corticoesteróides sistémicos e antibióticos no caso de expetoração purulenta ou na necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) (DGS, 2013; GOLD, 2014).

Nas exacerbações, a GOLD (2014) refere atenção especial à administração de diuréticos e anticoagulantes, ao balanço hídrico, medidas profiláticas de tromboembolismo (na pessoa internada, pelo risco de desenvolver trombose ou embolia pulmonar), o tratamento das comorbilidades, a nutrição e a cessação tabágica que deve ser sempre reforçada.

Contudo, a exacerbação que pode muitas vezes culminar em internamento, pode também ser prevenida com um conjunto de medidas como a cessação tabágica, a vacina da gripe, o conhecimento sobre a terapêutica e a técnica inalatória (GOLD, 2014).

A RR o mais precoce possível após o internamento melhora a tolerância a exercício e o estado de saúde. Na sua revisão de estudos randomizados controlados acerca da RR após uma exacerbação da DPOC, Puhan et al.

(2011) concluíram que, na prática, esta é uma efetiva intervenção no controlo da doença, reduzindo o risco de futuros internamentos e melhorando a QV e a capacidade para o treino de exercício, mas sugerem a realização de pesquisas com vista à análise estimativa dos custos em termos de benefícios financeiros da reabilitação após uma exacerbação. Não obstante, a pessoa deve ser encorajada a manter atividade física e deve poder discutir questões como a ansiedade, a depressão e os seus problemas sociais. Se mantiver incapacidade persistente deve ser identificado um agente de autocuidado (GOLD, 2014).

No que concerne ao suporte ventilatório, a ventilação não invasiva (VNI) é cada vez mais utilizada no tratamento da pessoa com DPOC grave estável e, particularmente, em associação com a OLD nas pessoas com marcada hipercapnia, aumentando a sobrevida mas, nem por isso a qualidade de vida (QV) (GOLD, 2014).

Estudos realizados, como o de Couto (2010) acerca da caracterização da QV e das necessidades dos idosos com DPOC, apontam para a diminuição da QV associada à DPOC, nomeadamente com a perda de autonomia, quer para a realização das atividades de vida diária (AVD), quer pela restrição da participação social, com custos pessoais e para a sociedade, relacionados com a perda de produtividade destas pessoas, sendo a dispneia o principal sintoma causador deste facto. As dimensões que avaliam a QV nas pessoas com IRC têm resultados mais baixos quando as mesmas estão submetidas a terapêutica com OLD ou OLD e VNI, mas a sua saúde mental apresenta uma melhoria com este tratamento ao longo dos meses, tal como evidenciado no estudo de Saraiva (2003), relativo à QV nos doentes com IRC submetidos a VNI.

A VNI define-se como um tipo de ventilação mecânica alveolar sem recurso a métodos invasivos da via aérea (entubação endotraqueal, traqueostomia) e tem como objetivos diminuir o esforço respiratório, permitir o repouso dos músculos respiratórios e melhorar as trocas gasosas (Ferreira, Nogueira, Conde e Taveira, 2009). Tem uma vasta utilização em vários contextos clínicos, a nível hospitalar e no domicílio, ao longo do ciclo de vida da pessoa (Santos, Malheiro e Rosa; 2013)

A VNI tem como vantagens não só o facto de evitar a entubação traqueal com a consequente diminuição dos riscos associados, como infeção nosocomial e lesões traqueais, como também é mais confortável para a pessoa, podendo ser utilizada de forma intermitente; permite a pessoa falar, alimentar-se oralmente, tossir eficazmente com a eliminação de secreções de forma fisiológica; é fácil de instituir e de retirar; exige menor tempo de internamento hospitalar com menor custo (Ferreira et al., 2009; Sansana e Bento, 2013).

No entanto, a utilização da VNI tem como desvantagens o facto de necessitar da colaboração da pessoa; a possibilidade de retenção de secreções; a fuga de ar, não permitindo a administração de volumes constantes, o que pode tornar a correção das alterações gasimétricas mais morosa. Sansana e Bento (2013) referem ainda a congestão nasal, a secura das mucosas, o eritema/úlceras de pressão na pirâmide nasal, a distensão gástrica, a conjuntivite, a pneumonia de aspiração, sendo estas alvo dos cuidados de enfermagem.

Os ventiladores utilizados na VNI geram pressões positivas no ciclo respiratório. As modalidades ventilatórias utilizadas neste tipo de ventilação podem ser denominadas de BiPAP, se se utilizarem pressões diferentes em cada parte do ciclo respiratório - uma pressão positiva na expiração (EPAP) e uma pressão positiva na inspiração (IPAP); ou CPAP, se a pressão positiva nas vias aéreas for constante, quer na inspiração, quer na expiração (Germano, 2009).

A ventilação com dois níveis de pressão (BiPAP) assiste a inspiração, diminuindo de forma direta o trabalho respiratório do doente. O EPAP previne a reinalação do dióxido de carbono, estabiliza as vias aéreas durante o sono, promove o recrutamento alveolar, diminuindo a formação de atelectasias e diminui o trabalho inspiratório necessário para ativar o *trigger* inspiratório em doentes com Auto-PEEP (diferença da pressão alveolar e a pressão externa no final da expiração), como no caso dos doentes com DPOC (Ferreira et al., 2009).

No CPAP a pressão positiva ao final da expiração é mantida em todo o ciclo respiratório, não assistindo ativamente a inspiração, pelo que o trabalho respiratório é inteiramente realizado pelo doente.

Na evolução da DPOC há uma progressão para patamares de dependência cada vez mais elevados, que condicionam a capacidade da pessoa para a atividade de autocuidado. Esta dependência progressiva leva a que a pessoa atinja estádios mais avançados da doença e a evidência analítica (gasimetria) mostra uma insuficiência respiratória com acidose respiratória compensada e períodos de exacerbação desta insuficiência respiratória, por vezes com necessidade de ventilação mecânica (Marcelino e Pimentel, 2009).

A Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2011, pp.15-16) indica que, ainda que com maior evidência na exacerbação aguda da DPOC,

a VNI deve ser iniciada nos doentes com insuficiência respiratória crónica estável que, apesar de uma OLD bem conduzida, evoluam para uma de duas situações:

1. PaCO₂ superior a 55 mmHg;
2. PaCO₂ entre 50 e 54 mmHg, numa das seguintes circunstâncias:
 - a. associada a dessaturação nocturna (SatO₂ < 88% durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com a administração de O₂ a 2 ou mais L/min).
 - b. mais que internamentos por insuficiência respiratória aguda no último ano.

De acordo com Carvalheira (2012), citado por ONDR (2012), a DPOC é a causa mais frequente de IRC, mas a sobrevida e a QV destas pessoas com IRC envolve o recurso a técnicas de VNI, desenvolvidas nestas duas últimas décadas e, em particular, após o aparecimento do aparelho de pressão positiva com características de funcionamento muito próximas da fisiologia respiratória, o “bi-nível” (vulgarmente conhecido por BiPAP).

Relativamente às modalidades ventilatórias usadas no doente com DPOC submetido a VNI, de um modo geral o BiPAP permite uma melhor adaptação do doente. Inicialmente as pressões iniciais utilizadas devem ser baixas, sendo aumentadas de forma gradual de acordo com a situação clínica da pessoa com vista a uma adaptação progressiva do mesmo à VNI (Germano, 2009). Aumenta-se o EPAP para melhorar a capacidade residual funcional dos pulmões, mantendo as vias aéreas e elevar a pressão parcial de oxigénio e o

IPAP para aumentar o volume corrente e reduzir a pressão arterial de dióxido de carbono (Germano, 2009; Beddoe e Pravikoff, 2012).

Nas pessoas com hipercapnia significativa, o tratamento com VNI é mais prolongado, mas de forma intermitente (algumas horas por dia, preferencialmente no período noturno, com o uso de uma máscara nasal), de acordo com a gravidade da retenção de dióxido de carbono (Germano, 2009). O uso da VNI durante o sono corrige a hipoventilação que lhe está associada, facilita a adesão da pessoa ao tratamento e liberta-a para a realização das suas AVD durante o dia.

A VNI é considerada um adjuvante na RR (Corner e Garrod, 2009; Dyer et al., 2011; Santos, 2011). Pode permitir um aumento da intensidade e duração do treino de exercício durante a RR nos doentes com DPOC moderada a muito grave, resultando daqui uma maior capacidade para um treino mais prolongado e maior efeito do exercício. Afigura-se também que as pressões mais elevadas são mais efetivas desde que possam ser toleradas e existe um maior benefício dos doentes num estágio da doença mais avançado (Corner e Garrod, 2009).

Dyer et al (2011) reiteram o dito, ao concluir no seu estudo que o uso da VNI nas exacerbações da doença melhora a tolerância ao exercício, reduzindo a dessaturação durante a RR; as pessoas que inicialmente eram incapazes de tolerar a RR mesmo que em baixa carga durante cinco minutos, melhoraram o seu desempenho no exercício com a VNI.

Tal como já foi referido, a combinação da VNI com a OLD pode ser vantajosa em doentes que no seu dia a dia apresentam hipercapnia, aumentando a sua sobrevida, embora não promova a melhoria da QV. Nos doentes com DPOC e apneia do sono, o uso de VNI com pressão contínua positiva nas vias aéreas (CPAP) melhora a sobrevida e o risco de internamento (GOLD, 2014).

Nas exacerbações da DPOC, a VNI está indicada quando existe acidose respiratória (pH arterial $\leq 7,35$ e/ou $\text{PaCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$) ou dispneia grave com sinais clínicos sugestivos de fadiga muscular respiratória, aumento do trabalho respiratório ou ambos, como o uso dos músculos acessórios, movimentos abdominais paradoxais ou retração dos espaços intercostais (GOLD, 2014).

Nestes casos, o uso da VNI tem como vantagens a melhoria da acidose respiratória, a diminuição da frequência respiratória, da gravidade da dispneia, das complicações e do tempo de internamento, da mortalidade e da necessidade de intubação (Jarvis, 2006; Parola, Romani, Petroianni, Locorriere e Terzano, 2012; GOLD, 2014).

Nos hospitais onde são admitidas pessoas com exacerbações da DPOC a VNI deve estar sempre disponível, a fim de ser utilizada sempre que se considere necessária (Jarvis, 2006) e os enfermeiros devem ter as competências para a adequada prestação de cuidados.

No caso das exacerbações da DPOC privilegiam-se as modalidades ventilatórias que permitem cumprir os objetivos da ventilação à custa de uma menor pressão nas vias aéreas (Marcelino e Pimentel, 2009).

Para que a adaptação da pessoa à VNI tenha sucesso, independentemente do seu uso como tratamento na DPOC estável ou no caso de uma exacerbação, é necessário não só que a pessoa esteja consciente e colaborante, proceder-se a uma correta escolha e adaptação da pessoa à interface, como também é crucial a colaboração e empenho dos profissionais de saúde (Germano, 2009).

Como profissionais de saúde, os enfermeiros devem proceder à avaliação e monitorização contínua da pessoa sob VNI, para que haja sucesso na sua implementação. A realização de mais investigação em colaboração com os enfermeiros que trabalham em unidades de internamento para pessoas com DPOC submetidos a VNI mostra-se importante, pois a prática baseada na evidência contribui para um maior e efetivo envolvimento dos enfermeiros nos cuidados a prestar às pessoas com DPOC submetidas a este tipo de tratamento, de forma a evitar ou reduzir complicações, uma vez que o sucesso do tratamento depende da gestão dos cuidados de enfermagem (Jarvis, 2006).

A intervenção do EEER surge no decurso da vida da pessoa com DPOC submetida a VNI, quer pelo aumento da dependência relacionado com a diminuição da realização de AVD e de autocuidado, quer pelas situações de exacerbação da DPOC que exigem cuidados específicos, que decorrem da maior exigência provocada pelo desvio de saúde. Esta pode passar por um sistema de apoio educação, como seja em relação à escolha e utilização das

várias interfaces, aos cuidados inerentes ao uso das mesmas, aos cuidados à pele, entre outros aquando do uso da VNI.

É importante o EEER estar atento à estabilidade e recetividade da pessoa para o uso da VNI, devendo apoiá-la para que se sinta confortável.

A questão do conforto (físico e psicológico) aquando da adaptação da pessoa à VNI implica que não se pode negligenciar a ansiedade manifestada pela mesma, cabendo ao EEER reduzir a sua ansiedade aquando da decisão do tratamento mais eficaz e dar-lhe apoio na fase de adaptação.

A escolha da interface é um ponto crucial para o sucesso da VNI que merece tempo e reconhecimento (Jarvis, 2006). Deve respeitar não só o tipo de insuficiência respiratória, como também as características da pessoa (morfologia da face e do crânio, grau de colaboração, tipo de pele e eventuais alergias cutâneas).

A interface do ventilador com a pessoa pode ocorrer através de uma máscara facial, nasal ou com o uso de um capacete, tornando-se possível a ventilação de doentes conscientes de forma adequada sem que seja necessária a depressão do nível de consciência e a sedação, para uma melhor adaptação ao ventilador (Germano, 2009). Após a escolha da máscara esta deve ser aplicada na face até que a pessoa se sinta confortável com a mesma e com a pressão, e só depois deve ser ajustado o arnês (Jarvis, 2006).

Num episódio de exacerbação, o enfermeiro deve vigiar a pessoa, avaliar o seu estado mental, proceder a monitorização cardíaca, avaliar os sinais vitais, o grau de dispneia e seu conforto (Sansana e Bento, 2013). A pessoa com DPOC submetida a VNI pode necessitar de ajuda para manter a permeabilidade das vias aéreas, procedendo a uma higiene oral cuidada, evitando a secura das mucosas, a retenção de secreções, com a eliminação da expectoração, uma hidratação adequada, a realização de RFR.

O EEER deve assistir a pessoa vigiando a integridade da pele, protegendo as zonas de maior pressão e evitando lesões cutâneas; adequando os horários de ventiloterapia, nomeadamente proporcionando intervalos para a alimentação, ainda mais porque a evidência mostra que 25% das pessoas com DPOC sofrem de malnutrição (Jarvis, 2006). Surge aqui como intervenção da

enfermagem a promoção de uma alimentação de acordo com as necessidades nutricionais da pessoa.

O enfermeiro deve ser detentor de conhecimento relativo às possíveis complicações do uso da VNI, relacionadas com o mau posicionamento da máscara, com consequente aparecimento de lesões cutâneas, irritação ocular, fugas de ar ou distensão gástrica por pressões elevadas (Sansana e Bento, 2013). Perante estas possíveis complicações pode ser necessário mudar os pontos de apoio da máscara (e, portanto, escolher diferentes modelos de máscara), de modo a evitar a pressão cutânea contínua.

No que concerne à distensão gástrica, no caso da pessoa internada, cabe também ao EEER estimulá-la a eliminar os gases e, se necessário, proceder a entubação nasogástrica em drenagem passiva, de forma a reduzir a distensão gástrica (Jarvis, 2006).

O horário da ventiloterapia da pessoa com DPOC estável é essencialmente no período noturno. Na pessoa com exacerbação que se encontra internada deve ser adequada à necessidade de realização de reeducação funcional respiratória (RFR).

Cordeiro e Menoita (2012) referem que parece haver benefícios para a pessoa submetida a VNI associando este tratamento à RFR, sendo que a RFR pode assim surgir antes ou durante o mesmo, bem como para a preparação do regresso a casa com VNI. Revelam que “numa revisão de literatura, Araújo et al. (2005), verificaram diferenças significativas na tolerância ao exercício e diminuição da sensação de dispneia quando se instituiu o suporte ventilatório com VNI durante o treino de exercícios de Reabilitação.” (Cordeiro e Menoita, 2012, p. 220).

2. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A RR integra o tratamento das pessoas com DPOC dos grupos B, C e D (DGS, 2013). Esta verdade é suportada por forte evidência na diminuição dos sintomas, na capacidade para o exercício, na melhoria da QV e na redução do número de hospitalizações e dias de hospitalização (evidência de grau A), melhoria na gestão da doença, diminuição das exacerbações e outros custos diretos com a saúde (evidência de grau B). (ONDR, 2013), contribuindo também para a consequente melhoria na vivência familiar e social.

Um programa de RR deve ser no mínimo de 6 semanas (GOLD, 2014) e inclui estratégias de gestão ao longo da vida das pessoas com doença respiratória crónica, envolvendo uma colaboração ativa e dinâmica entre a pessoa, a família e os profissionais de saúde, tanto ao nível dos cuidados de saúde primários como secundários (American Thoracic Society, 2006; Wilt, Niewonhner, MacDonald e Kain, 2007; Jónsdóttir, 2008; Ringbaek, Brøndum, Martinez, Lange e Pulmonary Rehabilitation Research Group, 2008; Moulin, Taube, Wegscheider, Behnke e Van Den Bussche, 2009; Ganem, ELaal, Mehany e Tolba, 2010), implicando motivação da pessoa para o seu envolvimento no processo de reabilitação, que requer disponibilidade temporal, física e psicológica (Santos, 2011).

No relatório de 2011, a ONDR já defendia o acompanhamento e tratamento da pessoa com IRC grave em internamento, ambulatório e no domicílio, impondo-se um conjunto de medidas complexas que envolvem a pessoa, seus familiares e cuidadores e os serviços de saúde, repercutindo-se na sociedade em geral, havendo “necessidade de novos modelos de abordagem, assentes em cuidados integrados multidisciplinares, fluxos e navegabilidade clínica, autogestão da doença, teleconsulta, telemonitorização e reabilitação” (ONDR, 2011, p.231), tal como evidenciam Jónsdóttir (2008), Ansari, Shamssain,

Farrow e Keaney (2009) e Ramani, Pickston, Clark, Clark e Brown (2009) no que diz respeito ao acompanhamento domiciliário, Gysels e Higginson (2009), em relação ao acompanhamento em consulta; e Lewis et al (2011) e McLean et al. (2011) no acompanhamento telefónico.

O relatório da ONDR (2013) evidencia a baixa taxa de referenciação e adesão à RR (existindo em Portugal cerca de 700.000 pessoas com DPOC que deveriam ser enquadradas em programas de RR), bem como a pouca capacidade de resposta dos Serviços de Saúde públicos ou privados (apenas de 0,1% dos doentes em Portugal, ainda que comparativamente aos 30% nos países de maior adesão), tornando-se urgente o desenvolvimento de uma Rede de RR, com componentes hospitalar e de proximidade, que dê resposta às necessidades das pessoas com DPOC, com o consequente impacto na sua QV, bem como na redução dos custos associados à doença, valorizando os recursos humanos já existentes nos hospitais e nos cuidados de saúde primários, habilitados e muitas vezes subaproveitados.

O programa de RR inclui o treino de exercício e tolerância ao esforço, estratégias para a cessação tabágica, o aconselhamento nutricional e a educação para a saúde (GOLD, 2014), RFR (Valente et al, 2003). A educação para a saúde permite mobilizar motivações internas e externas da pessoa para a promoção da sua autonomia e envolve o processo da doença e os seus sintomas, a medicação, a atuação perante um episódio de exacerbação da doença, técnicas de controlo respiratório e de conservação de energia.

Para Almeida e Simão (2009) da Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia o programa educacional associado ao programa de exercícios assegura a correta adesão da pessoa ao controlo de fatores de risco, adesão à terapêutica e à própria gestão da doença.

Um programa de RR é planeado com esta, de forma individualizada e de acordo com o estágio da doença, comorbilidades associadas, capacidade de aprendizagem, situação sociofamiliar e profissional e onde vai ser aplicado (Sousa, 2003).

Ele existe quando a pessoa apresenta sintomas incapacitantes, motivação e é potencialmente aderente ao programa. De acordo com a American Thoracic

Society (2013), pode ser iniciada durante o período de estabilidade clínica, durante ou imediatamente após uma exacerbação.

A tolerância ao esforço pode ser avaliada através da prova de marcha de 6 minutos, da bicicleta ergonômica ou exercício em passadeira com medição de variáveis fisiológicas como o consumo máximo de oxigênio, frequência cardíaca máxima e *performance* máxima de trabalho (GOLD, 2014).

Caso a pessoa seja internada, mesmo que por exacerbação da doença, o programa não deve ser interrompido, para sim readaptado (DGS, 2009).

Cabe ao EEER definir estratégias com o objetivo de promover atitudes de auto-estima e de auto-eficácia na gestão do desenvolvimento de mecanismos de compreensão e controlo da sua doença, bem como as suas implicações no plano individual de saúde/doença, com vista à promoção do autocuidado.

De forma simplificada consideram-se os principais benefícios da RR: a melhoria da tolerância ao exercício; a redução os sintomas respiratórios de fadiga e dispneia; a melhoria da QV relacionada com a saúde; a redução do número e duração de internamentos; a redução da ansiedade e da depressão relacionadas com a DPOC; o treino da força e a resistência dos membros superiores, melhorando a função do braço; os seus benefícios prolongam-se para além do período de treino; a melhoria da sobrevida; o exercício dos músculos respiratórios pode ser benéfico especialmente quando combinado com os exercícios gerais; a melhoria da recuperação após internamento por exacerbação da DPOC; o aumento do efeito dos broncodilatadores de longa ação (GOLD, 2014). Estes são corroborados por Wilt et al. (2007), Jónsdóttir (2008), Ringbaek et al (2008), Moulin et al. (2009) e Ganem et al. (2010).

O ONDR (2013) acrescenta ainda a melhoria na capacidade para a realização das AVD, a redução do número de consultas e de idas às urgências, das referidas hospitalizações e uma melhor integração familiar e social.

Da RR faz parte a RFR, uma terapêutica baseada no movimento cujos objetivos assentam na prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, na melhoria da *performance* dos músculos respiratórios, no manter a permeabilidade das vias aéreas, na prevenção e correção das alterações musculoesqueléticas, na redução da tensão psíquica e muscular e ainda na reeducação ao esforço (Testas, 2009).

Na DPOC, a RFR pretende contrariar os problemas que decorrem dos mecanismos patogénicos centrais desta doença, tal como evidenciado por Heitor, Canteiro, Ferreira, Olabazal e Maia (1988), Severo e Rech (2006), Barnett (2009) e Kisner e Colby (2009), contribuindo para que o doente seja cada vez mais seu próprio agente de autocuidado.

As pessoas com DPOC apresentam uma posição do tórax na fase inspiratória que se caracteriza pela horizontalização dos arcos costais, depressão e retificação do diafragma e aumento do diâmetro do tórax, com encurtamento dos principais músculos inspiratórios, recorrendo à ação dos músculos acessórios da respiração, adotando uma respiração predominantemente costal superior. Estes músculos não são eficazes e consomem muito oxigénio pelo que a pessoa entra facilmente em exaustão, associada a ansiedade, quando ocorre crise de dispneia (Heitor et al., 1988).

É importante que o EEER esteja desperto para estas alterações e atue com vista à promoção do relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores, facilitando a respiração diafragmática e para diminuir a tensão muscular associada à dispneia, começando pelo ensino de posições de relaxamento para combater a tensão psíquica e diminuir a sobrecarga muscular e trabalho respiratório (Heitor et al., 1988; Kisner e Colby, 2009; Testas, 2009).

É importante realizar o controlo respiratório com movimentos respiratórios mais amplos e lentos com prolongamento do tempo expiratório e corrigir as assinergias e defeitos ventilatórios através dos exercícios de respiração diafragmática e costal inferior, inspirando pelo nariz, expirando pela boca com lábios semicerrados, tendo o cuidado de evitar a expiração forçada, combatendo a tendência da respiração costal superior. A prática da respiração controlada na posição de pé, a andar, a subir escadas ou em outras atividades funcionais são outras intervenções a realizar (Heitor et al., 1988; Kisner e Colby, 2009; Testas, 2009).

A pessoa com DPOC produz muitas secreções, tornando-se importante fazer o ensino da autodrenagem de secreções, bem como do uso de dispositivos que ajudam na eliminação das secreções como o *flutter* e o *acapella* (Cordeiro e Menoita, 2012).

Para melhorar a mobilidade da região torácica inferior dá-se ênfase ao movimento da caixa torácica durante a inspiração profunda. Para melhorar a postura realizam-se exercícios e treino postural (Heitor et al.,1988; Kisner e Colby, 2009).

Para combater o ciclo vicioso da dispneia é importante aumentar a tolerância ao exercício recorrendo, por exemplo, à marcha e subir escadas com controlo da respiração ou exercícios gerais, como a natação. O aumento da tolerância ao esforço implica a realização de exercícios graduais de resistência física e condicionamento.

O treino ao esforço é considerado como “o elemento essencial (evidência A) e aglutinador dos outros componentes da RR”, consistindo “na realização de exercício com resistências ou pesos/halteres” (DGS, 2009, p.4), ao qual deve associar-se o treino de *endurance*.

O treino dos membros engloba, assim, o treino de *endurance* dos membros – que envolve grandes massas musculares, exercícios de baixa intensidade, por um período relativamente longo, como seja a marcha ou o uso da bicicleta - o treino de *endurance* intervalado dos membros – com exercícios de intensidade variável, aplicados sequencialmente – e o treino ao esforço.

O treino dos membros superiores é importante, pela sua utilização nas AVD e a sua associação ao treino dos músculos dos membros inferiores - “componente mandatório do programa de RR (evidência A)” (DGS, 2009, p.9) – com exercícios de alta e baixa intensidade, é benéfica, melhorando a dispneia em esforço e da QV da pessoa (Cordeiro e Menoita, 2012, p.276).

Na revisão de literatura de Langer et al. (2009) é recomendado a todos as pessoas com DPOC, independentemente do estágio da doença, um treino de *endurance* em passadeira ou ciclo ergómetro/ bicicleta ou uma combinação dos dois, desde que tolerem um treino de intensidade moderada. Nas pessoas com dispneia que agrava com o exercício é recomendado um treino intervalado, como alternativa. O exercício dos membros superiores associado ao exercício geral em indivíduos com diminuição da força muscular facilita a realização de AVD.

A conservação de energia é uma forma de reduzir os sintomas como dispneia, fadiga e ansiedade, permitindo a realização de tarefas sem que a

pessoa fique exausta ou excessivamente dispneica. O EEER pode também aqui ensinar formas de conservação de energia na realização das AVD, com vista à promoção do autocuidado, podendo ajudá-la ou ensiná-la a planejar as suas atividades diárias e semanais (quer em termos de tempo, quer na forma como as faz, podendo aqui usar produtos de apoio) e a reorganizar o seu espaço (colocando os objetos de uso corrente ao seu alcance, em prateleiras cuja altura esteja entre o seu ombro e cintura) (Barnett, 2009; Cordeiro e Menoita, 2012).

O desempenho do autocuidado influencia a manutenção e melhoria da condição de saúde da pessoa. A evolução da DPOC potencia o défice de autocuidado, surgindo quando a atividade de autocuidado não é adequada para lidar com os cuidados de saúde necessários, incapacitando a pessoa para o cuidado regulador de si própria (Orem, 2001). Esta apresenta necessidades de autocuidado terapêutico que podem surgir num momento específico, como nas exacerbações da doença.

O EEER deve maximizar as pequenas habilidades e realizar modificações ambientais, antecipando os requisitos de autocuidado em falta (pela diminuição prevista na habilidade de autocuidado). Sendo um recurso para a execução de atividades que respondam às carências de autocuidado da pessoa, pode apoiar e ensinar a pessoa ou família, agente do autocuidado, a ser capaz de desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, de modo a dar respostas às suas necessidades e ser capaz de responder às exigências de autocuidado (Orem, 2001).

A relação entre as exigências e as competências de autocuidado variam, sendo influenciadas por diversos fatores, pelo que quando surge a necessidade de autocuidado terapêutico o EEER pode usar diversos métodos para auxiliar a pessoa, agindo ou fazendo por ela, guiando-a, apoiando-a física ou psicologicamente, proporcionando um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e/ou ensinando-a, para que tenha conhecimentos e habilidades através da capacitação e experiência, podendo desempenhar algumas medidas de autocuidado, cabendo-lhe compensar algumas limitações e/ou assistir na realização de atividades de autocuidado. Desta forma, para colmatar os requisitos de autocuidado da pessoa podem surgir três sistemas

diferentes de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Segundo Delisa (1992) citada por Azevedo, o EEER “avalia as condições de saúde do paciente e ajuda a determinar metas a curto e longo prazo, dando ênfase a certas prioridades relacionadas com a promoção das funções máximas” (Azevedo, 2008, p.11). Ao ser co-autor na criação de um plano de intervenção adequado e fundamentado em evidências científicas, o EEER deve compreender que existem várias formas de abordar diferentes situações e adequar os cuidados de enfermagem, baseado nos princípios éticos e deontológicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010b, p.3) são competências específicas do EEER:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Dentro de uma equipa multidisciplinar, a intervenção do EEER na RR da pessoa com DPOC submetida a VNI, com vista à promoção do autocuidado, passa pelo planeamento de um programa de intervenção que se inicia no hospital, que deve continuar na comunidade, incluindo o domicílio, sendo a sua colaboração essencial para o sucesso do seu tratamento.

Os cuidados de enfermagem passam pelos referidos anteriormente nos capítulos alusivos à VNI e à RR da pessoa com DPOC, acrescentando-se ainda algumas intervenções mais específicas do EEER.

Antes da implementação da VNI é importante que o EEER promova exercícios de descanso e relaxamento, massagem para relaxamento dos músculos acessórios da inspiração; mobilização da região escapulo-umeral; posicionar a pessoa no leito com a cabeça superior a 30º; realizar exercícios de dissociação e controlo da respiração; fluidificar as secreções para ajudar na sua mobilização e eliminação, facilitar a sua drenagem com o ensino ou treino de técnicas de tosse eficaz (Cordeiro e Menoita, 2012).

Durante a utilização da VNI é importante, para além do já referido, manter a permeabilidade das vias aéreas, fluidificando - ingerindo líquidos mornos, instilando soro fisiológico por via nasal, administrar terapêutica mucolítica prescrita - mobilizando e eliminando as secreções – ensino e treino da tosse dirigida, técnica de expiração forçada (TEF), ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR); se necessário recorrer à aspiração de secreções (preferencialmente na pausa da VNI). (Cordeiro e Menoita, 2012).

Na sua revisão de literatura, McCool e Rosen (2006) anunciam que a tosse assistida na pessoa com DPOC pode ser prejudicial, podendo provocar diminuição da taxa de fluxo expiratório, não devendo ser utilizada., podendo optar-se pela manobra de expiração forçada ou *huffing* como alternativa à tosse, pelo que deve ser ensinada à pessoa com DPOC.

Nos internamentos, os enfermeiros estão permanentemente com a pessoa, devendo detetar precocemente alterações e intervir de acordo com elas. É fundamental impedir ou corrigir posições viciosas e antiálgicas defeituosas, com a realização de exercícios de expansão torácica, mobilização da escapulo-umeral, terapêutica de posição, exercícios de correção postural e outros exercícios físicos gerais (Cordeiro e Menoita, 2012).

No domicílio, surge ainda necessidade de ensinar e treinar a pessoa com DPOC submetida a VNI relativamente aos cuidados a ter na limpeza, desinfecção, manutenção do equipamento e no uso do mesmo, na verificação e controlo de fugas. É ainda importante que esta tenha conhecimento e habilidade para proceder à higiene oral e brônquica, antes e depois da utilização da VNI, principalmente se ocorrer no período noturno. Devem ser feitos ensinamentos à mesma, relativos aos exercícios físicos com vista à mobilização das secreções e para uma correta postura corporal. A pessoa/família deve também estar informada dos procedimentos a ter em caso de realizar uma viagem ou em situação de emergência, no caso de necessitar de material suplementar ou no aparecimento de complicações.

3. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para sermos EEER devemos desenvolver competências dentro da área da RFR e também noutras áreas, pelo que surgiu a necessidade de estabelecermos objetivos gerais que visam dar resposta à questão de partida inicialmente colocada, bem como à aquisição de outras competências específicas do EEER.

Revelou-se importante conhecermos, habilitarmo-nos, refletirmos sobre as diferentes situações que nos permitiram ter um desempenho seguro e de qualidade na promoção do autocuidado da pessoa, possível com a realização de diferentes estágios, na prestação de cuidados a pessoas com alteração das funções sensitiva, motora e da eliminação, que sofreram lesão vertebral medular ou acidente vascular cerebral, e que nos possibilitaram adquirir, mobilizar, integrar e transferir saberes heterogêneos, para a prestação de cuidados como EEER.

Perante os problemas levantados e apresentados em apêndice 8 definimos três objetivos gerais de estágio:

1. Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados de excelência à pessoa com DPOC submetida a VNI e sua família, em internamento e em ambatório, que recorre ao hospital de dia ou em contexto de domicílio, de forma a capacitá-la para a reinserção e exercício da cidadania, com vista à maximização da funcionalidade e desenvolvendo as suas capacidades para o exercício do autocuidado.

2. Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados de excelência à pessoa com alteração das funções sensório-motora e da eliminação, de forma a capacitá-la para a reinserção e exercício da cidadania, com vista à maximização da funcionalidade e desenvolvendo as suas capacidades para o exercício do autocuidado.

3. Desenvolver competências inerentes ao enfermeiro especialista para incentivar processos de mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, que tenham em vista a promoção do autocuidado.

Para cada um dos objetivos gerais de estágio definimos objetivos específicos a atingir com a realização de determinadas atividades e que visaram o desenvolvimento de competências profissionais inerentes ao EE e, mais concretamente, ao EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a; 2010b), bem como competências que se enquadram - com base no pensamento crítico e reflexivo, sobre o aprofundamento das competências profissionais - no 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, enunciadas no Processo de Bolonha.

As referidas competências profissionais encontram-se agrupadas em cinco domínios, quatro dos quais comuns à atuação do EE e aplicáveis nos vários contextos de prestação de cuidados de saúde e em todos os níveis de prestação, e um domínio de competências específicas do EEER, que é a prestação de cuidados especializados, pretendendo-se ao longo deste capítulo dar resposta a estes cinco domínios.

Algumas das atividades realizadas e que dão resposta a diferentes objetivos específicos delineados para os diferentes locais de estágio por onde passámos, permitiram a aquisição de iguais competências ao nível dos vários contextos vivenciados. É nossa pretensão descrever as atividades realizadas que asseguram um corpo de conhecimentos, capacidades e habilidades que deram resposta aos objetivos definidos e, portanto, às diversas competências que pretendemos desenvolver.

Relativamente ao domínio da prestação de cuidados especializados, as competências desenvolvidas remetem para alguns dos objetivos específicos delineados e já referidos nos domínios comuns (pelo que os objetivos aparecem aqui repetidos), o que se justifica por algumas atividades preconizadas e realizadas serem específicas do EEER.

Posto isto, este capítulo está dividido nos cinco domínios de competências preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010a; 2010b).

3.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio abrange, a nosso ver, a globalidade das atividades realizadas no estágio, com vista a atingir os diferentes objetivos específicos delineados. Analisamos aqui as atividades realizadas que contribuíram para desenvolver as seguintes **competências** que fazem parte desta esfera de ação:

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Conhecer a organização e dinâmica dos diferentes serviços onde realizarei estágio e o modo como estes se articulam com outros serviços e na comunidade;
- Integrar progressiva e gradualmente a equipa multidisciplinar dos serviços onde vou realizar estágio;
- Aprofundar conhecimentos sobre a utilização da VNI pela pessoa com DPOC e estratégias de promoção do autocuidado para a realização das AVD.

Na sua prática diária o EEER deve planejar, em parceria com a pessoa/família, os cuidados a realizar. Para fazer um planeamento de cuidados individualizados é necessário conhecer a pessoa/família (agente de autocuidado), o que engloba realizar uma colheita de dados que inclui os fatores condicionantes básicos, os requisitos de autocuidado, capacidade de autocuidado, para estar apto a fazer um diagnóstico de enfermagem (Orem, 2001).

Conhecer a pessoa engloba uma avaliação inicial exaustiva que permita fazer um planeamento com qualidade e de forma a otimizar o autocuidado e a independência nas AVD (Hoeman, 2000).

Ao identificar os requisitos de autocuidado terapêutico, estabelecem-se os objetivos dos cuidados de enfermagem e, posteriormente, as intervenções de enfermagem necessárias para aumentar a capacidade de autocuidado e ir de encontro aos requisitos, utilizando um ou mais dos três sistemas de enfermagem. Ao pôr em prática as intervenções planeadas, o enfermeiro tem

como objetivos compensar as limitações da pessoa, assim como ensinar e educar para o autocuidado, quer a pessoa, quer a família, prevenindo e protegendo a pessoa de outras limitações de autocuidado. Após avaliar os resultados das suas intervenções pode proceder a alterações do plano, de forma a garantir uma adequada prestação de cuidados (Orem, 2001).

Nos estágios que realizámos, elaborámos planos de cuidados e para tal foi necessário conhecer a pessoa/família, bem como o contexto da mesma e as circunstâncias organizacionais.

Ao atuarmos num contexto específico e com determinados recursos, a nossa prática de enfermagem, ainda que centrada na pessoa, é adaptada ao meio em que nos inserimos. Desta forma, foi imprescindível, em todos os locais de estágio, conhecer a organização e a dinâmica dos diferentes serviços, os recursos humanos e materiais existentes passíveis de mobilizarem na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação, as normas e protocolos existentes nos diferentes serviços e o modo como estes se articulam com outros serviços e na comunidade.

Contudo, para providenciar cuidados de saúde de excelência, que melhor deem uso aos recursos que são limitados, protegendo a escolha da pessoa, satisfazendo as suas necessidades, é importante trabalhar em equipa. Assim, foi igualmente necessário e importante reconhecer e integrar a equipa de enfermagem e multidisciplinar nos diferentes serviços onde realizámos estágio, fazendo-o de forma gradual, assumindo progressivamente o papel de enfermeira de reabilitação.

Nas equipas multidisciplinares, a comunicação é a chave do sucesso. Os cuidados são globais, holísticos; cada disciplina apresenta os seus achados, recomendações, estabelece objetivos específicos para aquela pessoa e atua dentro dos seus próprios limites para que esta alcance estes seus objetivos. Os progressos obtidos são comunicados ao resto da equipa e os resultados resultam da soma do esforço de cada uma das disciplinas (Hoeman, 2000).

O ideal na equipa que presta os cuidados à pessoa é aliar à comunicação a colaboração. Para a equipa de reabilitação o interesse é conseguir, pela melhor forma, a QV da pessoa, a independência do autocuidado e a capacidade de retomar a vida ativa, bem como ajudá-la a reavaliar as suas capacidades

funcionais. Espera-se ainda que a sociedade valorize as pessoas com desvantagem (seja ela física ou mental) (Hoeman, 2000).

Tal como referido no apêndice 9, no CMR são realizadas reuniões de objetivos, em que cada elemento da equipa multidisciplinar de reabilitação comunica os seus, na reabilitação daquela pessoa e definem-se outros comuns. Na reunião de reavaliação são expostos os objetivos alcançados e aqueles que ainda constituem um desafio, procedendo-se assim a uma monitorização dos resultados durante o internamento. Tanto a reunião de objetivos como a de reavaliação não contam com a presença da pessoa/família. Torna-se importante salientar aqui que, à luz da ética e do desenvolvimento profissional, os objetivos de reabilitação devem ser delineados à luz das necessidades sentidas pela pessoa e não porque cada elemento da equipa multidisciplinar assim entende; eles são da pessoa.

A reunião de família também referida no mesmo apêndice, já conta com a participação de ambos. Ao compreender a sua situação de doença, limitação ou incapacidade, ao construir um projeto de vida, a pessoa age sobre a sua adesão ao processo de reabilitação, motiva-se; a família participa nesta motivação, as suas necessidades ou expectativas não podem ser minimizadas e necessita ainda de ações educativas, orientação, familiarização com aspetos com os quais, mais tarde, se vão confrontar, havendo necessidade de integrá-la nos cuidados a prestar.

No cuidar da pessoa, a tomada de decisão é uma prática constante. Aparentemente poderia ser um exercício fácil de concretizar, já que pressupõe arbítrio de um caminho entre vários propostos. Este exercício tão importante nas nossas vidas inclui a autonomia para se poder fazer um juízo baseado no conhecimento e experiência.

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro é influenciado (consciente ou inconscientemente) por vários fatores, tais como a evidência da investigação atualizada, a competência clínica, crenças, atitudes, valores, tradição, rotina, fatores relacionados com a pessoa/família e organizacionais (Craig e Smyth, 2004).

Quando a tomada de decisão é em equipa, este exercício pode, a nosso ver, ser mais complexo, já que implica a participação de várias pessoas e, portanto,

diferentes perspetivas, diversas informações, para se chegar a uma decisão ética, justa, benéfica, adequada, sendo que no que concerne à prática de enfermagem, esta é sempre guiada pelo Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Os vários caminhos que se apresentam para uma tomada de decisão traduzem-se em evidências que devem ser apreciadas criticamente, incluindo as questões éticas que se podem levantar. A ética está, assim, refletida nas nossas tomadas de decisão, clarificando-as e redefinindo-as. A moral está relacionada com o desenvolvimento social, sendo influenciada pela cultura e pelos valores. Nós, com os nossos valores, as nossas crenças, a nossa educação e cultura exercemos a nossa profissão e, repetidamente, lidamos com questões éticas comuns da prática de enfermagem e, agora, de enfermagem de reabilitação.

A ética de enfermagem pressupõe refletir sobre a ação, um pensamento crítico reflexivo sobre os deveres que temos na profissão em relação à pessoa/família, com quem estabelecemos um contrato em que cada uma das partes tem autonomia e as tomadas de decisão e as ações que surgem no seio desta relação são constituídas por julgamentos que têm por base regras de conduta da prática de enfermagem de reabilitação.

Após a tomada de decisão, os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada. Para tal, e como legislado no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, os cuidados de enfermagem devem ser devidamente registados.

No que respeita à partilha da informação entre a equipa de saúde, relativa ao processo de reabilitação da pessoa, esta pode acontecer em reuniões como as já referidas e nas quais estivemos presentes, mas certamente acontece nas passagens de ocorrências e nos registos, que abordamos adiante com mais pormenor.

À medida que as competências vão sendo desenvolvidas, o EEER vai crescendo no seu processo formativo, tornando-se cada vez mais próximo daquele que é o perito. Segundo Benner (2005), um enfermeiro que atingiu o

nível de perito é um profissional com muita experiência, que recorre à intuição, com capacidade para compreender as situações de forma global e profunda, de antecipar os problemas que podem advir da situação e estabelecer, precocemente e em conjunto com a pessoa/família, estratégias para os ultrapassar. É capaz de dar resposta a situações complexas e imprevisíveis, estabelecer rapidamente prioridades, delegar no pessoal disponível e estabelecer objetivos a longo prazo.

Consideramos assim peritos os diferentes orientadores de estágio que nos acompanharam neste percurso, e mesmo um deles não sendo especialista em reabilitação, é perito em cuidados de enfermagem à pessoa com IRC.

No sentido de caminharmos neste processo, rumo à perícia, nos estágios mais relacionados com o desenvolvimento de competências na área da RR (URFR, HDIR e UIR) foi fundamental aprofundarmos conhecimentos, nomeadamente sobre a utilização da VNI pela pessoa com DPOC e estratégias de promoção do autocuidado para a realização das AVD. Desta forma, consultámos bibliografia atualizada sobre VNI, tomámos conhecimento das normas e protocolos de VNI existentes nos serviços, desenvolvemos conhecimentos na área e manuseámos os diferentes tipos de ventiladores de VNI e acessórios, participámos nas consultas de VNI, realizámos sete visitas domiciliárias (VD), sendo que três delas foram a pessoas com DPOC, duas das quais submetidas a VNI. Refletimos sobre o papel do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, no domicílio e partilhámos experiências, nomeadamente com a enfermeira orientadora do estágio no HDIR, nas VD.

Uma destas experiências partilhadas foi relacionada com a gestão terapêutica. Várias são as situações que surgem na nossa prática diária, de pessoas polimedicadas que têm dificuldade em gerir a sua própria medicação. Por vezes não tomam determinado fármaco, outras vezes fazem sobredosagem (porque têm diferentes embalagens do mesmo medicamento); porque comprem o receituário de uma vez só (mesmo as receitas triplas) e investem o pouco que têm em medicação que por vezes, posteriormente, é alterada, ficando com fármacos por consumir nas gavetas. Assistimos a algo semelhante numa das visitas domiciliárias que realizámos a dois idosos e

mostrou-se urgente ajudar aquela pessoa/família a gerir a medicação. Foi importante fazer uma folha de terapêutica, falar com a filha do casal, sugerir comprar caixas de medicação e prepará-las semanalmente, para cada um dos elementos da casa.

Foi também nossa escolha participar no I Workshop de Transplantação Pulmonar, que integrou uma sessão prática de VNI e cujos certificados se anexa (anexos 6 e 7).

Acreditamos que a distribuição do tempo pelos diferentes estágios foi acertada, por diversas razões, como seja pelo facto de conhecermos assim diferentes realidades, conhecermos as intervenções do EEER em diferentes contextos da prática, prestarmos cuidados a pessoas com DPOC em diferentes estádios da sua doença, com doença estável e com exacerbação da mesma, e mesmo refletirmos sobre a importância da necessidade de um EEER nas VD às pessoas com IRC.

Contudo, e como no estágio realizado na URFR reconhecemos situações em que o EEER orientador teve o papel de consultor para os enfermeiros generalistas de diferentes serviços, acreditamos que, se a nossa prática clínica aqui fosse mais longa, proporcionando assim idas mais frequentes aos mesmos serviços de internamento, certamente assumiríamos mais facilmente este papel.

Não obstante consideramos que tivemos oportunidade de dar pareceres acerca de assuntos da especialidade de reabilitação, principalmente nas VD, quando se mostrava pertinente a nossa intervenção, nomeadamente no que se refere a ensinamentos relativos a RFR, como as posições de descanso e relaxamento nas crises de dispneia e o controlo da respiração.

Confiança e bom relacionamento são pré-requisitos para o estabelecimento da relação de ajuda entre o EEER e a pessoa/família.

Nesta relação o EEER tem a obrigação de promover as intervenções preventivas de enfermagem de reabilitação, assegurando que as pessoas mantêm as suas capacidades funcionais, evitando a incapacidade e prevenindo complicações, defendendo os Direitos Humanos das mesmas.

Várias são as questões que surgem na prática do EEER e que levantam dilemas éticos. De acordo com Hoeman (2000), os princípios morais usados

nas questões onde se colocam dilemas éticos são: a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a advocacia, a veracidade, a responsabilidade fiduciária pela pessoa, a ética nos cuidados, a reciprocidade, a fidelidade, a preocupação pela comunidade com um todo, a ratificação para a vida e formam a base para a prática da enfermagem.

Nos estágios que realizámos, levantam-se, a nosso ver, algumas questões éticas, nomeadamente: princípio da não maleficência, quando uma pessoa não tem facilidade no acesso aos serviços de saúde, quando tem alta da instituição e não está garantida uma continuidade de cuidados na comunidade que promova o processo de reabilitação; princípio da advocacia, quando a família como agente de autocuidado não está a ser consistente com a filosofia da reabilitação (que a pessoa com doença, limitação ou incapacidade não viva apenas dentro dos seus limites mas sim ao máximo das suas capacidades); princípio da responsabilidade fiduciária pela pessoa quando o tempo de internamento está predeterminado (como acontece quando uma pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) internada num centro de reabilitação e com um plano terapêutico de reabilitação, que apresenta ausência de progressão na escala de avaliação funcional em duas avaliações, realizadas com intervalo de 60 dias, tem critério para alta clínica).

Deparámo-nos com outros dilemas éticos que se tornam cada vez mais frequentes, pelas políticas e legislação atuais, como seja a prestação de cuidados de enfermagem especializados - de reabilitação - não remunerados; a sobrecarga de trabalho, onde muitas vezes o EEER não presta apenas cuidados de enfermagem especializados, como também todos os outros inerentes à função do enfermeiro de cuidados gerais, ou outros inerentes a cargos de chefia, o que faz com que o tempo disponível para a reabilitação seja por vezes escasso, ao contrário do que se preconiza, uma vez que é necessário dar tempo à pessoa para que esta seja o mais capaz possível de fazer por si própria, (re)conquistando a sua autonomia.

Todavia, foi sempre nossa pretensão nos vários locais de estágio, cuidar da pessoa/família respeitando os seus direitos sem nunca discriminar, bem como agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, respeitando os princípios gerais e os deveres deontológicos nos vários contextos de cuidados.

Empenhámo-nos em melhorar ao longo do tempo a qualidade científica e técnica dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente de enfermagem de reabilitação e também, tal como fazemos continuamente na nossa prática, melhorar a qualidade humana e humanizadora, respeitando a liberdade e a dignidade de cada um.

Hoeman (2000) refere que na reabilitação ética a pessoa participa no plano de cuidados o mais possível, valoriza a independência e o bem estar, tem de recuperar a consciência do seu valor a par dos seus ganhos físicos; a EEER cuida, faz “bons” julgamentos e advoga; a reabilitação ajuda as pessoas a recuperar as capacidades perdidas ou a maximizar a sua funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades, a ter consciência do seu valor e pretende-se que aconteça no mais curto espaço de tempo e com uma boa relação custo-eficácia. Foi desta forma que pretendemos atuar ao longo de toda a nossa prática.

3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Refletimos aqui sobre as atividades realizadas que contribuíram para desenvolver a seguinte **competência** que faz parte desta esfera de ação:

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Planear estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, centrados na pessoa, com a pessoa e envolvendo a família, em contexto de internamento e ambulatório;
- Planear estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com alteração das funções sensório-motora e da eliminação, centrados na pessoa, com a pessoa e envolvendo a família.

O acesso do cidadão aos cuidados de saúde com elevada qualidade é um direito humano, pelo que este espera que sejam feitos todos os esforços no sentido da sua segurança enquanto utilizador de qualquer serviço de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p.48).

Prestar cuidados de qualidade implica intervir de forma a assegurar boas práticas, desenvolver uma cultura de segurança e de aprendizagem com os erros, reduzir os riscos para a pessoa e para o profissional, garantir a confidencialidade dos dados, promover parcerias com a pessoa/família e utilizar eficientemente os recursos.

Uma forma de assegurar boas práticas é conhecer e atuar de acordo com as políticas e os procedimentos pré estabelecidos, isto é, de acordo com as normas de boas práticas. Assim sendo, foi necessário, conhecermos e atuarmos de acordo com as normas e os protocolos existentes nos diferentes serviços, atividades que realizámos nos diferentes locais de estágio.

As auditorias são importantes para avaliar os procedimentos realizados, por forma a avaliar a qualidade dos cuidados prestados e os custos decorrentes dessa prestação. Na UIR estivemos presentes nas auditorias relativas à higienização das mãos.

Do agir em conformidade com a segurança da pessoa faz parte avaliar o risco, envolvê-la bem como à sua família, formar os profissionais e promover um ambiente seguro.

No que respeita à avaliação do risco, nas duas instituições por onde passámos é avaliado o risco de queda e o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

No CMR existe um plano de prevenção para as quedas e, em conformidade, nesta instituição avaliámos o risco de quedas utilizando uma adaptação da *Morse Fall Scale* (anexo 8), bem como em conformidade com o plano de prevenção das úlceras de pressão, avaliámos o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão utilizando a escala de *Braden* (anexo 9).

Na UIR, avaliámos o risco de quedas e o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão utilizando, respetivamente, as escalas de *Morse* e de *Braden*.

Para a segurança da pessoa é importante avaliar o risco e documentar os incidentes ocorridos. E embora não tenha ocorrido nenhum na nossa prática durante o estágio, sabemos de antemão que existe um documento próprio para a notificação de ocorrência de incidentes e eventos adversos, de extrema importância como primeiro passo num sistema eficaz de promoção da

segurança da pessoa. Permite a monitorização do erro e dos dados decorrentes em termos de cuidados de saúde, dá-lhe visibilidade, permite aprender com o erro e encontrar soluções para a sua prevenção. É importante não esquecer que a prevenção de ocorrências e a repetição de incidentes é da responsabilidade de todos aqueles que fazem parte da instituição.

Na nossa prática diária atuámos com vista à segurança da pessoa; esta prática passou pelo acima descrito e também por ações simples como recomendar o uso de calçado adequado e seguro, manter o chão seco e livre de obstáculos, dar a conhecer à pessoa os efeitos secundários da sua medicação, assegurar que a campainha e outros objetos pessoais estavam ao seu alcance, ensinar e ajudá-la a colocar corretamente a máscara de VNI, entre outros.

O envolvimento da pessoa e da família na segurança da pessoa é visível no CMR quando são facultados guias de orientação à família, como seja o relativo ao cuidar a pessoa com AVC e um guia de alimentação da mesma.

No CMR é ainda facultado à pessoa/família um guia de orientação da instituição, que inclui um inquérito de satisfação direcionado às instalações e equipamentos, à alimentação, à equipa de enfermagem e aos assistentes operacionais, onde podem ser feitas sugestões ou reclamações.

Dos registos diários de enfermagem que se realizam no CMR faz parte documentar o nível de dependência dos cuidados de enfermagem, traduzido depois em tempo necessário de cuidados de enfermagem de cada pessoa.

Estes registos e a utilização de uma linguagem universal, científica - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) - “facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.7), uniformizando conceitos e catalogando diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções - que tivemos oportunidade de conhecer e utilizar noutra local de estágio (UIR), são instrumentos importantes para o cálculo da dotação de enfermeiros, considerando que dotações inadequadas comportam mais riscos quer para o profissional, quer para a pessoa e que “dotações seguras salvam vidas” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

No CMR o enfermeiro preenche ainda um questionário relativo à condição da pele da pessoa e faz a avaliação de feridas existentes. Há documentos próprios que utilizamos para programas como o de inspirometria incentivada e utilização do plano inclinado (com data, registo da tensão arterial e do pulso antes e durante o tempo em que a pessoa permanece no plano, o tempo de permanência, o ângulo de inclinação e alguma observação a registar). Procedemos também ao registo para a reeducação vesical, com a quantificação dos líquidos ingeridos (bebidas, sopa, gelado, gelatina, iogurte líquido) e a perda de líquidos (se intencional - voluntária ou desencadeada, provocada por esforço ou com expressão manual, não intencional – incontinência ou micções espontâneas ou por cateterização – volume residual ou retenção, realizada pela própria pessoa ou pelo profissional de saúde) horária.

Garantir segurança à pessoa implica por vezes proceder a alterações físicas do serviço. No estágio no CMR apercebemo-nos de uma mudança importante, que contribuía para o processo de reabilitação da pessoa. Tratava-se de uma pessoa que sofrera um AVC do qual resultara uma hemiplegia esquerda e cuja unidade na enfermaria não estava disposta da melhor forma à concretização do processo de reabilitação. Assim, de forma a promover a facilitação cruzada, estimulando a ação voluntária dos músculos do tronco do lado esquerdo afetado, reeducando o reflexo postural do lado esquerdo, estimulando a sensibilidade postural, reintegrando o esquema corporal e facilitando o autocuidado (Menoita, Sousa, Alvo e Vieira, 2012), sugerimos que a mesa de cabeceira da pessoa passasse para o lado esquerdo da sua cama.

Pode parecer uma simples mudança e fácil de concretizar, mas assistimos que por vezes estas pequenas mudanças não são realizadas de ânimo leve. A entidade cultura organizacional é complexa e tentar moldar qualquer coisa que parece maleável é por vezes contingente a muitos outros fatores e torna-se difícil (Craig e Smyth, 2004).

Para mudar a prática, é imperativo e inevitável fazê-lo com base na evidência e, tal como refere Marín (2005, p.139), a prática baseada na evidência (PBE) serve para “gerar conhecimentos, melhorar a educação e a prática profissional e para utilizar eficazmente os recursos disponíveis”.

Neste sentido, de forma de contribuir para a utilização eficiente dos recursos, relacionando também com a problemática em estudo, fomos formadores numa sessão formativa intitulada “Dispositivos de Pressão Expiratória Positiva: FLUTTER e ACAPELLA”, com o intuito de divulgar, sensibilizar e informar sobre dois dispositivos existentes no serviço (UIR) e que muitas vezes eram descurados. Utilizámos uma metodologia ativa e participativa, envolvendo os formandos (enfermeiros do serviço) na aprendizagem, relacionando a matéria com a sua própria experiência. Em apêndice 10, 11 e 12 encontram-se o plano da sessão formativa, os diapositivos apresentados na sessão e a avaliação da mesma.

Para além de formação de pares, a nossa intervenção nos vários locais de estágio teve por base a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com a intenção de desenvolver no outro a sua capacidade para o autocuidado.

Nos estágios realizados planeámos intervenções de enfermagem de reabilitação através da elaboração de planos de cuidados individualizados, identificando as necessidades de autocuidado terapêutico inerentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tal implicou termos uma atenção permanente para com o outro, estabelecermos uma relação empática, estarmos atentos aos pormenores e atendê-lo como ser único e singular, com vontades próprias, com um potencial que deve ser avaliado inicialmente, com os próprios objetivos, os seus limites e recursos.

A avaliação da evolução da situação clínica, tendo em conta as estratégias definidas, implicou por vezes readaptações do programa de reabilitação. Revelou-se um processo dinâmico de negociações e renegociações, que implica perseverança, disponibilidade e empenho, não esquecendo o facto da própria prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ser coordenada e integrada na vida diária da pessoa, juntamente com outros cuidados de saúde necessários, bem como outros serviços de carácter social ou educativo.

Mostraram-se de extrema importância os ensinamentos realizados e o reforço dos mesmos nas várias intervenções para que a pessoa integre o conhecimento e desenvolva as competências necessárias para a realização do autocuidado.

As situações clínicas que beneficiavam da intervenção do enfermeiro de reabilitação foram refletidas e discutidas com o enfermeiro orientador e as

intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas foram registradas e comunicadas nas passagens de ocorrências.

3.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Identificamos aqui as atividades realizadas que contribuíram para desenvolver as seguintes **competências** que fazem parte desta esfera de ação:

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Intervir como enfermeira de reabilitação utilizando os cinco métodos de ajuda, no sentido de preencher as exigências de autocuidado, de capacitar a pessoa com DPOC submetida a VNI para o exercício do autocuidado e maximizar a sua funcionalidade, envolvendo a família, em contexto de internamento e ambulatório;
- Intervir como enfermeira de reabilitação utilizando os cinco métodos de ajuda, no sentido de preencher as exigências de autocuidado, de capacitar a pessoa com alteração das funções sensório-motora e da eliminação para o exercício do autocuidado e maximizar a sua funcionalidade, envolvendo a família.

No exercício da sua prática, enquanto gestor, o EEER, no seu contexto de trabalho, avalia as necessidades das pessoas e organiza as respostas necessárias de acordo com os recursos, nomeadamente materiais e equipamentos que estão ao seu dispor para a prestação de cuidados, de forma a garantir a excelência nos cuidados de enfermagem prestados.

A nossa atuação nos diferentes locais de estágio passou por gerir cada dia consoante as pessoas a cuidar, os diferentes cuidados a prestar, os recursos disponíveis, nomeadamente o tempo que dispúnhamos. E sendo que reabilitar exige tempo, este foi um dos nossos desafios... Habituada a trabalhar num serviço de urgência, com as suas particularidades, um dos primeiros desafios

com a reabilitação foi como que aprender a “pôr um travão” à habitual forma de atuação, que exige constantemente um planeamento e atuação rápidos e eficazes.

Na URFR todos os dias de trabalho foram planeados, juntamente com a enfermeira orientadora e os outros EEER do serviço. O tempo gasto a percorrer o caminho de serviço para serviço implica a escolha de serviços fisicamente mais próximos uns dos outros, pelo que no início de cada turno era acordado entre os vários EEER quais os serviços em que cada um, naquele dia, prestava cuidados de reabilitação, de forma a rentabilizar ao máximo o fator tempo.

Na UIR era enfermeira responsável por uma ou mais pessoas (o número de pessoas atribuído por turno foi crescendo ao longo do estágio), prestando-lhes todos os cuidados de enfermagem necessários, desde os cuidados gerais aos de reabilitação. Assim, beneficiávamos e justificávamos todas as oportunidades possíveis para prestar cuidados de reabilitação (desde o levantar, às várias transferências - da cama para cadeira e vice versa - o caminhar à casa de banho para o momento da higiene, a higiene propriamente dita, o uso de dispositivos para mobilização de secreções, a aspiração de secreções, a alimentação, a administração terapêutica, nomeadamente inaladores, o uso da VNI, os cuidados relativos à eliminação, entre outros). As pessoas eram-nos atribuídas pela enfermeira orientadora, tendo em atenção os objetivos de estágio, privilegiando na seleção as pessoas com DPOC e submetidas a VNI. Não obstante, aproveitámos outros momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, iniciando neste estágio o desenvolvimento de competências na área sensório-motora, prestando cuidados de reabilitação a pessoas com limitação nesta área.

Tivemos aqui também a oportunidade de usar o *Cough Assist* ¹, com um doente com distrofia muscular, permitindo a eliminação e aspiração de

¹ Equipamento que permite, de forma não invasiva, segura e consistente, remover as secreções respiratórias em doentes com incapacidade de tossir; é utilizado em doentes com distrofia muscular, lesões medulares, entre outros. O efeito é obtido através da aplicação duma pressão positiva nas vias aéreas seguida duma passagem rápida a pressão negativa; esta alteração súbita da pressão produz um alto fluxo expiratório simulando, deste modo, a tosse natural. (Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Cough_Assist%C2%AE_%28Insuflador-Exsuflador_Mec%C3%A2nico%29)

secreções. Habilitou-nos também para o seu uso em futuras situações, quando a pessoa não apresentar uma tosse eficaz e este método for um recurso disponível - o que por vezes ocorre na nossa prática diária.

No CMR gerimos o estágio de forma a ter o máximo de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências, planeando os dias de modo a termos possibilidade de conhecer e atuar em diversas valências da instituição. No internamento decidimos, juntamente com a enfermeira orientadora, quais as pessoas a prestar cuidados de reabilitação, tendo também aqui oportunidade de intervir com cada uma, desenvolvendo o plano de cuidados durante um internamento que nesta instituição é mais prolongado, o que se justifica pelo grande objetivo destes internamentos – a reabilitação – dando-nos a oportunidade de implementar, avaliar e reformular o programa de reabilitação.

Neste último estágio otimizámos diferentes recursos materiais específicos da reabilitação, nomeadamente alguns construídos por anteriores alunos da especialidade de reabilitação, que se adequavam à prestação de cuidados de reabilitação, dentre estes um direccionado à estimulação sensorial, desenvolvido com diferentes texturas, “com o objectivo de melhorar a sensibilidade táctica” (Menoita et al, 2012, p.85) e outro direccionado à reabilitação dos movimentos finos das mãos, promovendo assim a qualidade dos cuidados prestados.

De uma forma geral, nos diferentes estágios gerimos os cuidados prestados atuando da seguinte forma:

- prestámos ajuda direta à pessoa e sua família, sob a forma de serviços de enfermagem de reabilitação, mobilizando os recursos disponíveis, com vista à aquisição do máximo de autonomia e prevenção de complicações;
- fizemos pela pessoa/família até que esta não necessitasse dos cuidados de enfermagem;
- demos resposta às solicitações, desejos e necessidades da pessoa, associadas às intervenções de enfermagem;
- orientámos a pessoa/família no seu processo de reabilitação;
- apoiámos física ou psicologicamente a pessoa/família no seu processo de reabilitação;

- proporcionámos à pessoa um ambiente promovedor do seu desenvolvimento pessoal;
- ensinámos a pessoa de forma a capacitá-la para a atividade de autocuidado;
- executámos os cuidados de enfermagem de reabilitação de forma apropriada a cada situação;
- trabalhamos com a equipa multidisciplinar na promoção do autocuidado da pessoa, prestando cuidados de qualidade.

Conhecer a equipa, os diferentes papéis desempenhados por cada elemento, é uma tarefa muito importante. Só assim se pode esperar determinada atuação, só assim é possível também delegar funções, supervisionando (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Como exemplo disso, este aspeto mostrou-se particularmente importante, nomeadamente no CMR, onde diferentes assistentes operacionais desempenhavam diferentes tarefas em cada turno, e também eles tinham pessoas atribuídas, condicionando a orientação e a decisão sobre a que assistente operacional delegar determinada função.

Como gestores no cuidar à pessoa promovemos um ambiente adequado à reabilitação: a privacidade, organizámos os cuidados de forma a tornar possível a reabilitação e criámos laços importantes e necessários com outros elementos da equipa para a promoção de um ambiente positivo e favorável à prática.

- observámos e discutimos acerca do trabalho desenvolvido pelo EEER, com espírito crítico e de forma reflexiva, com vista à melhoria da prestação de cuidados como futura EEER;
- elaborámos registos de enfermagem com rigor técnico e científico dando visibilidade às intervenções de reabilitação e transmitimo-los à restante equipa, envolvendo-a e motivando-a na continuidade de cuidados;
- encaminhámos a pessoa/família para os recursos disponíveis, quando necessário, para que a atividade de autocuidado se tornasse possível. Um exemplo foi a realização de cartas de alta de pessoas aquando do internamento na UIR ou no CMR, dando a conhecer o percurso da pessoa durante aquele internamento, os cuidados de reabilitação realizados, as suas

potencialidades aquando da alta, contribuindo assim para a continuidade de cuidados.

No primeiro local de estágio (URFR) constatámos que não existe articulação entre o próprio serviço e os centros de saúde, dificultando, na nossa opinião, o encaminhamento da pessoa no sentido da continuidade de cuidados. Reconhecemos que seria importante a existência de uma parceria entre a URFR e os centros de saúde, com enfermeiros de reabilitação de referência, tornando possível a articulação entre o serviço e a comunidade, dando possibilidade à pessoas de terem acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação, principalmente na impossibilidade de se poderem deslocar à URFR, podendo assim referenciá-las à comunidade.

3.4 Domínio da Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Reconhecemos aqui as atividades realizadas que contribuíram para desenvolver as seguintes **competências** que fazem parte desta esfera de ação:

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Aprofundar conhecimentos sobre a utilização da VNI pela pessoa com DPOC e estratégias de promoção do autocuidado para a realização das AVD;
- Refletir criticamente sobre processos de mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, nas dimensões ética, política, social e económica da prática, que tenham em vista a promoção do autocuidado.

Para prestarmos cuidados de qualidade é necessário conhecermo-nos a nós próprios, conhecermos o outro, as suas limitações e capacidades, a sua vontade, os seus desejos, os seus objetivos, as suas metas, mantermo-nos atualizados nos conhecimentos teóricos e práticos, à luz da evidência científica e ter brio profissional.

“O cuidado é essencial à subsistência da humanidade” e ser cuidador revela-se como “a expressão da nossa humanidade na Humanidade”

(Hesbeen, 2003, p.58-59). Há que “cuidar de si mesmo”, interessar-se a si próprio, interrogar-se sobre a forma de estar, as suas próprias vontades e os seus desejos, as suas dificuldades, aceitar desafios e ingressar por novos caminhos (re)construtores. “Cuidar dos outros”, de todos eles, com quem simpatizamos, de quem nos é menos agradável, tendo em conta os recursos que se apresentam. “Cuidar das coisas e da técnica”, para estarem aptas a serem utilizadas quando delas precisamos e as procuramos. “Cuidar do ambiente” tornando-o melhor, para podermos nele viver. “Cuidar da beleza”, no sentido de interessar-nos pelo aperfeiçoamento e requinte, cultivando-os. Apreciar a beleza, implica procurá-la, dar-lhe importância e atenção, procurar nela os pormenores, para que não sejam banalizados e esquecidos, pois pode ser neles que podemos marcar a diferença. “Cuidar do debate”, questionar, trocar opiniões, lembrando o que existe nesta troca: a palavra, a escuta, a dúvida, a interdição de persuadir e a necessidade de argumentar (Hesbeen, 2003).

Num mundo de enfermeiros, EE, EEER e de muitos outros profissionais de saúde, no evoluir do processo de desenvolvimento de competências é importante tornarmo-nos “especialistas em pequenas coisas”, aquelas que evidenciam também ser a prova da grande atenção do EEER.

Desde que fizemos da enfermagem a nossa escolha profissional que procuramos mantermo-nos atualizados. Ao apostarmos na nossa especialização, pretendemos manter esta nossa atitude e, assim, sustentarmos numa base sólida de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. Perante as nossas necessidades, as nossas lacunas no conhecimento e para planearmos e orientarmos as nossas ações, foi importante fazermos pesquisas recorrendo aos subsídios ministrados nas aulas de Investigação.

Perante uma panóplia de hipóteses de estudo, optámos por dedicar a nossa atenção à pessoa com DPOC submetida a VNI e, assim, procurar situações de aprendizagem em internamento e em ambulatório.

Contudo, e porque a especialização em enfermagem de reabilitação não se faz numa só área, realizámos estágio noutras áreas.

Em todos eles e durante os mesmos procurámos demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

No CMR procurámos aproveitar as oportunidades de aprendizagem da melhor forma, pelo que optámos por passar pelas diversas valências que a instituição apresenta - internamento, Unidade Terapêutica (UT) de AVD, centro de estudos urodinâmicos, fisioterapia - onde tomámos iniciativa para proceder à análise de diversas situações clínicas (apêndice 9).

Refletimos sobre os diferentes estágios, revelando capacidade crítica e reflexiva sobre os momentos de aprendizagem desenvolvidos e a importância do papel do EEER; nomeadamente na promoção do autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, no domicílio (apêndices 9, 13, 14 e 15). Procedemos a uma análise crítica e reflexiva acerca dos fatores inibidores e facilitadores no alcance dos objetivos traçados. Partilhámos as nossas experiências com as enfermeiras orientadoras dos diferentes locais de estágio, nomeadamente nas VD no HDIR; partilhámos, com a enfermeira tutora docente, as reflexões realizadas.

Proporcionámos momentos de reflexão informais e esclarecimento de dúvidas quando solicitadas, assumindo a função de formadores. Atuámos como “formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10) com a realização da ação de formação na UIR, após o diagnóstico da sua necessidade, quando nos apercebemos de que o serviço dispõe de alguns dispositivos de ajuda, mas que nem todos os enfermeiros os utilizam; quando supervisionámos e intervimos, mesmo que em contexto de formação informal, nas práticas realizadas pelos assistentes operacionais e pelos familiares agentes de autocuidado.

Consideramos ainda que concebemos um dispositivo formativo com a realização da proposta do folheto intitulado “Consulta de Fibrose Quística” (apêndice 16), uma necessidade sentida e manifesta por alguns enfermeiros da URFR, uma vez que se dava início à transição das pessoas com Fibrose Quística da pediatria para a consulta na URFR.

Desejamos contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, com a publicação e divulgação da nossa tese,

bem como com outros estudos que pretendemos realizar, na nossa área da especialidade.

Tornámo-nos também facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade, ao ter oportunidade de ajudar na integração de novos alunos da especialidade de enfermagem de reabilitação na URFR.

É importante conhecermo-nos, como também o que somos para o outro e o que este outro espera de nós, para poder minorar o espaço que existe entre nós. Se nos conhecermos e se dermos a conhecer, permitimos ao outro saber o que pode esperar de nós, da nossa atuação; mas também conhecermos e compreendermos o outro, dedicando-lhe mais tempo e vendo com mais clareza a complexidade da sua situação, permite-nos atuar de forma mais pertinente e saber até onde irá a nossa ajuda. É importante estarmos cientes dos limites pessoais e profissionais, conscientes de que, neste aspeto, inevitavelmente, influenciámos a relação profissional que estabelecemos, como também e, por isso mesmo, devemos ser capazes de gerir as nossas próprias idiossincrasias, considerando que interferimos no relacionamento com a pessoa ou com a equipa multidisciplinar, na organização e na construção dos processos de ajuda.

Para conhecermos verdadeiramente o outro, para o compreendermos, é necessário desenvolvermos a capacidade de escuta, darmos espaço ao outro para falar e aceitá-lo com toda a sua naturalidade, com um projeto de vida que pode ser diferente do que esperaríamos, e que nos leva, não a demitirmo-nos da nossa atuação de EEER, mas a ter uma nova compreensão da nossa missão, enquanto agentes de autocuidado terapêutico. Assim sendo, não deixamos de ajudar o outro a escolher e concretizar aquilo que é desejável para ele, podendo ainda assim aumentar as suas hipóteses quando o outro as tinha afastado por considerá-las como irrealistas ou inacessíveis.

A prática profissional tem sido essencialmente vivida num serviço de urgência, contribuindo para que, tanto na nossa vida pessoal como profissional, atuemos eficazmente sob pressão, reconhecendo e antecipando situações de eventual conflitualidade. No passado participámos em formações relacionadas com a gestão de conflitos, o que nos capacitou para utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos. Estes conhecimentos e habilidades

mostraram-se-nos como recursos e foram mobilizados para os diferentes estágios da especialidade.

3.5 Domínio da Prestação de Cuidados Especializados

Neste domínio pretendemos analisar as atividades realizadas que permitiram desenvolver a **competência**

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Identificar as necessidades de autocuidado terapêutico inerentes à intervenção do enfermeiro de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de internamento e ambulatório (hospital de dia ou contexto domiciliário), tendo em consideração o seu projeto de vida;
- Identificar as necessidades de autocuidado terapêutico inerentes à intervenção do enfermeiro de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com alteração das funções sensório-motora e da eliminação, tendo em consideração o seu projeto de vida.

No estágio foi nossa pretensão ir ao encontro de pessoas com necessidades especiais e acompanhá-las na promoção da sua saúde, nos diversos contextos da prática – internamento e ambulatório.

Para tal foi preciso, para cada pessoa que cuidámos, acolhê-la, criar laços de confiança, identificar as suas expectativas e preocupações, o que muitas vezes não está diretamente relacionado com a patologia. Só assim podemos passar à intervenção, ao “caminhar com o outro” no caminho que planeia seguir, esclarecê-lo nas dúvidas e confrontá-lo com as diversas hipóteses possíveis (Hesbeen, 2001, p.25).

Tal nem sempre foi fácil, primeiro porque a confiança necessária não se limita ao primeiro contacto, sendo também necessário por vezes recriar, reforçar os laços. Depois porque a colheita de dados para se poder cuidar envolve diferentes aspetos e tem em conta a individualidade de cada pessoa e sua família - podendo mesmo estar dependente desta - ou de sistemas de

informação. Como fonte de colheita de dados de cada pessoa consultámos o respetivo processo, avaliando as situações nas vertentes pessoal, familiar e social.

Recordamos que houve instituições onde realizámos estágio em que muita da informação clínica está informatizada. Contudo, numa outra a informação ainda se encontra em papel, dificultando o seu acesso a todos os profissionais da equipa de saúde. Como exemplo, recordamos o referido em apêndice 9 quando consideramos a inacessibilidade à informação do fisioterapeuta.

Para fazer um planeamento com qualidade de forma a otimizar o autocuidado e a independência nas AVD é fundamental uma avaliação inicial completa, exaustiva.

Cordeiro e Menoita (2012) referem que a avaliação inicial engloba a história da doença atual, a história da doença pregressa, a história terapêutica, a história familiar, a história social e uma avaliação subjetiva. No caso da pessoa com patologia do foro respiratório, são também importantes a avaliação da tosse, da expetoração, da dispneia, toracalgia bem como uma avaliação objetiva, com a inspeção (presença de cianose, hipocratismo digital), inspeção estática e dinâmica do tórax (frequência respiratória, ritmo respiratório, amplitude, simetria) palpação da traqueia, palpação do tórax, percussão e a auscultação pulmonar. Para a avaliação da dispneia e da fadiga recorremos à Escala de BORG Modificada (anexo 10), existente na URFR, onde também demos uso ao SGRQ (anexo 11) para avaliar a QV relacionada com a saúde.

No caso da pessoa com alteração da função sensório-motora ou da eliminação, foi necessário realizar o exame neurológico. Numa pessoa com AVC mostrou-se necessário avaliarmos o estado mental, a avaliação dos pares craneanos, a motricidade, a sensibilidade, o equilíbrio e a marcha; foi igualmente importante avaliar as funções alteradas, nomeadamente a motricidade facial, a linguagem, as funções cognitivas, a deglutição, o padrão da eliminação intestinal e vesical, a integridade cutânea, a sexualidade, alteração emocional e social (Menoita et al, 2012).

Para avaliação da força muscular usamos a Escala de *Lower*, durante esta avaliação foi possível detetar alterações do tônus muscular e, para avaliar o tônus de cada segmento utilizámos a Escala de *Ashworth* Modificada.

Na pessoa com lesão vertebro-medular (LVM) foi fundamental procedermos à avaliação funcional. A avaliação da função motora é conseguida pela avaliação da força muscular, utilizando a Classificação Neurológica da Lesão da Medula Espinal padronizada pela *American Spinal Injury Association* (ASIA) (anexo 12) e a avaliação da deficiência classificada em A, B, C, D ou E consoante a lesão (completa, incompleta ou normal). O impacto causado pela lesão medular no desempenho funcional foi avaliado utilizando a Medida de Independência Funcional (MIF) (anexo 13). Por vezes há limitações residuais que não se mostram incapacitantes e, na reabilitação, mostram-se importantes para a participação da pessoa na realização das atividades relacionadas com o autocuidado, o controle dos esfíncteres, a locomoção, a comunicação e a cognição social, avaliadas pela mesma.

As diferentes escalas e instrumentos utilizados para avaliação permitem mensurar a evolução do estado de cada pessoa, permitindo planificar, orientar os cuidados e intervenções do EEER.

Há ainda exames complementares de diagnóstico importantes para a reabilitação da pessoa com patologia respiratória, como com DPOC, nomeadamente a radiografia do tórax e a gasimetria arterial, que fornecem pontos de orientação importantes e são uma mais valia para o EEER (Cordeiro e Menoita, 2012, p.45). Para além destes, antes da prestação de cuidados de reabilitação às pessoas em regime de internamento, independentemente da sua patologia, considerámos também importantes os valores das análises laboratoriais, nomeadamente os valores de hemoglobina e de coagulação, dados importantes para a planificação dos cuidados.

Para qualquer pessoa que se pretende reabilitar, é fundamental avaliar as potencialidades de reabilitação, ou seja, a sua capacidade de beneficiar da reabilitação.

No contexto de vida de cada pessoa, há fatores que facilitam ou inibem a realização das AVD e a atividade de autocuidado, que importa identificarmos. Damos como um exemplo da prática as condições habitacionais: prédios sem elevador ou com elevador avariado; portas e corredores estreitos em casa onde não passa uma cadeira de rodas; escadas dentro de casa; casas de banho com banheira que a pessoa com limitação na mobilidade não consegue

utilizar; quartos com camas encostadas à parede e que dificultam o deitar e o levantar; ausência de tomadas para ligar o ventilador – estes são apenas alguns dos exemplos com que nos deparamos nas VD que realizamos e nas informações fornecidas pelas pessoas a quem prestamos cuidados.

Os aspetos psicossociais interferem também nos processos adaptativos da pessoa à sua situação de doença, na transição saúde/doença ou mesmo na incapacidade. Relembramos aqui um aspeto referido num jornal de aprendizagem: o facto da pessoa com DPOC num estágio mais avançado da doença poder apresentar limitações físicas para a realização das AVD e também nas relações afetivas, conjugais e sexuais, no lazer e no exercício profissional. Tal deriva muitas vezes em isolamento social que contribui para a depressão e é também motivado por esta.

A avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades levaram à identificação das necessidades de autocuidado terapêutico que preenchem os requisitos de autocuidado.

Com as pessoas que cuidamos, concebemos planos de cuidados, identificando as exigências de autocuidado universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde.

Concebemos planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade, nomeadamente, concebemos um plano de cuidados de uma pessoa com DPOC, um plano de cuidados de uma pessoa com DPOC submetida a VNI (apêndice 17), um plano de cuidados de uma pessoa com LVM e um plano de cuidados de uma pessoa com AVC.

As práticas de risco foram também discutidas com a pessoa alvo dos cuidados, como o caso do tabagismo, uma vez que sendo este o principal fator de risco associado à DPOC, o EEER deve ter um papel proativo e contínuo na motivação da pessoa a abandonar esta sua dependência, para manter o tratamento para a cessação tabágica, bem como nas recaídas. A DGS (2013) recomenda que todos os fumadores devem ser alvo de uma intervenção breve

(sensibilização de alguns minutos) sobre a necessidade e vantagens da evicção tabágica. Esta intervenção é passível de ser feita pelo EEER.

Foi no estágio mais direcionado à reabilitação motora que tivemos oportunidade de selecionar e recomendar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), encontrando uma panóplia de produtos à disposição. No estágio direcionado à RR recomendámos produtos de apoio úteis para a pessoa com DPOC, nomeadamente para conservação de energia na realização da higiene matinal (com o uso de um assento), no banho (com o uso de um assento, a escova para a higiene da região dorsal) ou o uso de sapatos sem atacadores.

As intervenções planeadas que implementámos tiveram como objetivo otimizar ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade.

A nível motor tivemos oportunidade de realizar o treino de exercício com a pessoa com patologia do foro respiratório, como estratégia para a dessensibilização da dispneia e para reverter o ciclo de inatividade da pessoa com DPOC, o treino dos músculos respiratórios, dos membros superiores e dos membros inferiores bem como exercícios de alongamento.

A nível sensorial, com a pessoa com alteração da mobilidade condicionada por AVC realizámos a facilitação cruzada, o posicionamento em padrão anti-espástico; tanto na pessoa com alteração da mobilidade condicionada por AVC ou LVM realizámos estimulação sensorial, programas de mobilizações (passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas - de acordo com a intensidade - da cervical, dos membros superiores e dos membros inferiores), atividades terapêuticas como o rolar, a ponte, rotação controlada da coxo-femural, flexão e extensão controlada da coxo-femural, auto-mobilizações, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, levantar e transferências da cama para a cadeira e vice versa. Tivemos também oportunidade de treinar AVD, de forma a preparar a pessoa para o regresso a casa, tornando-a mais capaz de realizar o autocuidado, satisfazendo as necessidades e exigências do dia a dia, como o treino nos cuidados de higiene (entrar e sair da banheira, a higiene dos genitais com cadeira sanitária, fazer a higiene matinal); o treino de vestir e despir; de calçar; o treino da alimentação; subir escadas degrau a degrau;

ensinar sobre dividir o tempo para a realização das várias tarefas e não ter pressa para as realizar.

A nível cognitivo procurámos ajudar a pessoa e família com DPOC a gerir melhor a sua doença, designadamente educando-a para a otimização da terapêutica inalatória e para a assistência respiratória, nomeadamente VNI.

A nível cardiorrespiratório realizámos RFR, particularmente técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, reeducação diafragmática e costal, o uso de espirometria de incentivo, mecanismos de limpeza das vias aéreas (ensino da tosse, drenagem postural clássica e modificada, manobras acessórias, uso de dispositivos de ajuda - como o *flutter* e o *acapella* – TEF, CATR, aspiração de secreções), técnicas de correção postural e exercícios de mobilização torácica.

A nível da alimentação, o ensino sobre a adoção de um plano nutricional mais adaptado à pessoa com DPOC (dieta fracionada em cinco ou seis refeições diárias, a ingestão lenta e em pequenas quantidades, ingerindo primeiro os alimentos de maior densidade energética (quando a pessoa apresenta anorexia), a ingestão de líquidos no intervalo das refeições, de carne ou peixe como fonte de proteínas, a prevenção da obstipação com a ingestão diária de frutas, legumes, cereais/fibras, evitar a ingestão de alimentos e bebidas que causem flatulência.

A higiene oral e a *toilette* brônquica antes das refeições contribuem para que a pessoa possa tirar mais prazer da refeição, pois não apenas diminui a dispneia como também melhora o paladar (Cordeiro e Menoita, 2012, p.270).

A nível da eliminação intervimos ao nível da eliminação vesical e da eliminação intestinal. Relativamente a esta última fizemos ensino relativamente à ingestão de alimentos e de água, à importância e necessidade da mobilidade (incentivando ao exercício físico, à realização das AVD), proporcionando privacidade. No que diz respeito à eliminação vesical intervimos essencialmente no treino vesical, nas pessoas com bexiga neurogénica (reflexa, desinibida, autónoma), controlando também a ingestão de líquidos ingeridos e eliminados, procedendo a algalias intermitentes com técnica limpa e fazendo ensino relativamente às mesmas, incentivando o uso de

pensos para proteção das perdas, ensinando relativamente à disreflexia autónoma.

Relativamente à sexualidade, esta é um direito da pessoa e, na sua relação com esta, o EEER deve procurar “deixar uma porta aberta” para que seja possível o esclarecimento de dúvidas ou encaminhá-la devidamente para alguém que a possa ajudar.

A função sexual da pessoa pode estar alterada e a intervenção passa por quatro níveis diferentes, sendo que o último é a terapia sexual; os outros três remetem para a informação, o aconselhamento, a reabilitação sexual.

A reabilitação sexual faz parte da promoção da readaptação global da pessoa e inclui uma dimensão avaliativa (de fatores orgânicos e psicossociais – uma abordagem holística da doença) e uma dimensão interventiva, necessitando de uma abordagem flexível, que envolva reavaliações e redefinições das intervenções programadas. Ultrapassa as fronteiras da sexualidade genital e orgásmica, inclui a sexualidade à luz de uma diversidade de comportamentos capazes de proporcionar afetividade, intimidade e satisfação sexual (Cardoso, 2004).

É importante o EEER não esquecer esta dimensão que exige bom senso por parte do mesmo, estar à vontade com a sua própria sexualidade e para falar sobre sexualidade; conhecimentos sobre o que é a resposta sexual normal, conhecimentos sobre disfunções sexuais e perante determinado quadro clínico, perceber o que se espera que esteja alterado do ponto de vista sexual. Contudo, pessoas com quadros clínicos semelhantes podem ter diferentes respostas perante as suas limitações a nível sexual, dependendo do significado que atribuem ao sucedido e das expetativas que veiculam quanto à sua situação.

É fundamental criar uma atmosfera que possibilite a perceção, por parte das pessoas, de que existe disponibilidade para ser abordada a temática da sexualidade e só mais tarde surgem as sessões de informação/aconselhamento sexual, quando a pessoa decidir que é o momento de iniciar o apoio nesta área.

Nos estágios realizados, as intervenções na área da sexualidade foram limitadas; nem sempre conseguimos a atmosfera necessária que nos

permitisse uma atitude interventiva. A sexualidade não foi negligenciada, mas as intervenções a este nível passaram essencialmente pela dimensão avaliativa.

A avaliação dos resultados das intervenções implementadas mostrou-nos que a reabilitação acontece passo a passo e muitas vezes há retrocessos, preferencialmente consuentes à persistência e não à desistência. Temos consciência de que outras atividades poderiam ser realizadas, se mais tempo houvesse. Contudo, consideramos que os objetivos a que nos propoemos foram atingidos, pese embora estes estágios tenham sido o início de uma longa caminhada no percurso de aprendizagem na área da enfermagem de reabilitação.

Ainda neste domínio pretendemos analisar as atividades realizadas que permitiram desenvolver a **competência**

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Planear estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, centrados nela, com ela e envolvendo a família, em contexto de internamento e ambulatório;
- Planear estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado da pessoa com alteração das funções sensório-motora e da eliminação, centrados nela, com ela e envolvendo a família.

As atividades realizadas em estágio e que visaram os objetivos atrás descritos incluíram a adequada prestação de cuidados de enfermagem seguros à vida diária da pessoa, bem como outros cuidados de saúde, serviços de carácter social ou educativo, tanto à pessoa com patologia respiratória (como seja a pessoa com DPOC submetida a VNI), como à pessoa com patologia sensório-motora e da eliminação.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DPOC submetida a VNI teve em consideração o potencial de reabilitação da mesma, na sua individualidade.

Tendo em conta que um programa de RR à pessoa com DPOC assenta em três pilares - o controlo clínico, a educação e o treino de exercício - e pretende dar-se autonomia para gerir a sua doença (ONDR, 2013), com o intuito de atingir este propósito, na URFR, avaliámos a pessoa, promovemos a educação relativamente a questões relacionadas com os fatores de risco como o tabaco, a importância da hidratação e de uma alimentação adequadas, a necessidade da atividade física, apresentando propostas para uma atividade física regular.

Participámos em sessões de RFR realizando procedimentos como o posicionamento, hidratação das secreções brônquicas, drenagem postural, uso de dispositivos de ajuda para mobilização de secreções, ensino da tosse dirigida, fortalecimento dos músculos respiratórios com exercícios seletivos e globais (Testas, 2009) e o CATR (Canteiro, Heitor, Olazabal e Abreu, 2003).

Participámos em sessões de treino de exercício, com treino dos membros superiores e inferiores, tal como recomendado pela DGS (2009), com suplemento de oxigénio quando indicado e dando uso aos instrumentos existentes no serviço, como o cicloergonómetro, a passadeira, os pesos, entre outros.

No HDIR a nossa intervenção junto à pessoa com DPOC submetida a VNI passou por ações relacionadas com monitorizar criteriosamente a VNI, perceber se a pessoa cumpre ou não o tratamento – e compreender a razão para o não cumprimento - intervindo no sentido de colmatar as falhas na sua adesão, permitindo o estabelecimento de planos de reabilitação que cursam no sucesso da adesão à VNI.

Intervimos relativamente à manutenção da integridade cutânea, a prevenção de irritação ocular, a eliminação de secreções, a hidratação e nutrição adequadas, o apoio psicológico (a diminuição da ansiedade da pessoa e do stress do familiar, dotá-la para ser capaz de ter maior controlo pessoal, diminuindo a ansiedade e angústia presentes); o conforto físico causado pela distensão gástrica; a manutenção da segurança e da possibilidade de ocorrências com o controlo da fuga de ar e a permeabilidade das vias aéreas.

Educámos a pessoa/família relativamente à VNI, nomeadamente como melhorar a utilização da interface, manter a higienização do equipamento, aumentar o conhecimento acerca de situações técnicas, garantir que a pessoa

tem os contactos telefónicos necessários, envolvê-la nas decisões relativas ao tratamento, aumentando a sua autonomia.

Ainda no HDIR, nos dias em que realizámos VD, para além destas aproveitámos para realizar a prova de marcha de 6 minutos a algumas pessoas que recorrem ao HDIR, a fim de avaliar a sua tolerância ao exercício, bem como a outras, o ensino relativamente à terapêutica inalatória.

Na URFR e na UIR elaborámos planos de cuidados individualizados, identificando as necessidades de autocuidado terapêutico inerentes aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória. A avaliação da evolução da situação foi realizada e, quando necessário, foi readaptado o programa de reabilitação.

A prestação de cuidados seguros implicou a identificação de necessidades existentes no serviço, nomeadamente em termos da formação dos enfermeiros em determinadas áreas, de forma a torná-los mais capazes de promover o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, para a realização das suas AVD. Neste sentido, realizámos a ação de formação já referida.

A participação nas passagens de ocorrências, bem como a discussão e reflexão com o enfermeiro orientador sobre as situações clínicas que beneficiam da intervenção do EEER foram atividades que na nossa opinião deram também resposta a estes objetivos, na medida em que no seio destas reuniões surgiram por vezes outras estratégias de intervenção que contribuíram para a capacitação da pessoa na promoção do autocuidado.

Com a pessoa com alteração da função sensório-motora, as atividades que realizámos incluíram atividades terapêuticas e também a realização de programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da QV. Assim, educámos a pessoa e a família sobre técnicas específicas do autocuidado, realizámos com elas treinos específicos de AVD, nomeadamente utilizando produtos de apoio; ensinámos e supervisionámos a utilização dos mesmos, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

Nas VD que realizámos e ao conhecer o contexto de vida da pessoa (independentemente da sua patologia) e família, quando colhemos informações

acerca das suas condições habitacionais, identificámos barreiras arquitetónicas; orientámos a pessoa e família no sentido da eliminação das mesmas, por vezes com reorganização do espaço, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa.

Também no domínio das competências específicas do EEER pretendemos analisar as atividades realizadas que permitiram desenvolver a **competência**

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa com vista a atingir os seguintes **objetivos**:

- Intervir como enfermeira de reabilitação utilizando os cinco métodos de ajuda, no sentido de preencher as exigências de autocuidado, de capacitar a pessoa com DPOC submetida a VNI para o exercício do autocuidado e maximizar a sua funcionalidade, envolvendo a família, em contexto de internamento e ambulatório;
- Intervir como enfermeira de reabilitação utilizando os cinco métodos de ajuda, no sentido de preencher as exigências de autocuidado, de capacitar o doente com alteração das funções sensório-motora e da eliminação para o exercício do autocuidado e maximizar a sua funcionalidade, envolvendo a família.

O EEER desempenha um papel importante não apenas no internamento, mas também em ambulatório, junto à pessoa com DPOC submetida a VNI. Durante o estágio realizado na URFR, no HDIR e na UIR compreendemos e atuámos de acordo com as funções desempenhadas pelo EEER. Tanto no internamento como em ambulatório é crucial ir ao encontro das necessidades da pessoa/família. É importante estabelecer uma relação empática com a pessoa/família, conhecê-las (o modo como vivem e pensam), demonstrar competência no que concerne ao tratamento com VNI, motivando a pessoa e fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para que seja capaz de gerir a sua doença, tornando possível o sucesso no uso da VNI, conduzindo assim a uma estabilização clínica e melhor QV à pessoa (Correia, Freitas, Pereira e Santos, 2013), proporcionando bem estar físico, social, familiar e a possibilidade de manutenção da atividade profissional (Vital e Gonçalves, 2013).

Podemos aliar à VNI a RR, tal como recomendado por autores, como Loureiro, Duarte e Caracitas (2013), que na sua revisão sistemática da literatura justificam esta associação como forma de potenciar os efeitos benéficos de ambas. Contudo, o custo inerente a tal pode ter implicações económicas que necessitam de especial atenção.

Durante todo o estágio procurámos dar resposta às solicitações, desejos e necessidades da pessoa, associados às intervenções de enfermagem; fizemos pela pessoa/família até esta não necessitar dos cuidados de enfermagem; prestámos ajuda direta à pessoa/família, sob a forma de serviços de enfermagem de reabilitação, mobilizando os recursos disponíveis, com vista à aquisição do máximo de autonomia e prevenção de complicações; orientámos e apoiámos física e psicologicamente a pessoa/família no seu processo de reabilitação, proporcionando um ambiente promovedor do seu desenvolvimento pessoal, ensinando-a e capacitando-a para a atividade de autocuidado.

Trabalhámos com a equipa de saúde na promoção do autocuidado da pessoa, prestando cuidados de qualidade, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação, quando solicitadas. Observámos e discutimos acerca do trabalho desenvolvido pelo EEER, com espírito crítico e de forma reflexiva, com vista à melhoria da prestação de cuidados como futura EEER.

Elaborámos registos de enfermagem com rigor técnico e científico dando visibilidade às intervenções de reabilitação e transmitimo-las à restante equipa, envolvendo-a e motivando-a na continuidade de cuidados.

Procurámos ter conhecimentos aprofundados acerca das funções cardiorrespiratória e motora, ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível cardiorrespiratório e motor, tendo em conta os objetivos individuais de cada pessoa, conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção das lesões e à sua reabilitação e avaliar e reformular, quando necessário, os programas de treino em função dos resultados obtidos e esperados, tendo em conta os objetivos definidos com a pessoa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início deste nosso percurso reside no ingresso do curso de mestrado, na área de especialização de enfermagem de reabilitação; passou pela elaboração de um projeto que nasceu de uma motivação pessoal – a prestação de cuidados com mais qualidade às pessoas onde atualmente desempenho funções, o serviço de urgência.

Findo este, experienciámos um período de desenvolvimento de competências em estágio, realizado em diferentes contextos, permitindo assim a vivência de diversas realidades, todas elas permitindo acrescentar algo ao nosso conhecimento.

A elaboração de um trabalho deste teor mostrou-se-nos bastante enriquecedora, árdua e morosa, permitindo a reflexão sobre a ação e o seu registo considerando cada uma das palavras escritas.

Esta teve interrupções por questões pessoais/familiares – felizes pois derivam do nascimento de um novo elemento na família – que, se por um lado nos distanciaram temporalmente do estágio já na altura concluído, podendo fazer-nos esquecer alguns detalhes; por outro possibilitou-nos mais tempo de reflexão sobre o experienciado. Perante tal, considerámos muito útil os trabalhos elaborados durante o estágio, nomeadamente os jornais de aprendizagem, para relembrar alguns dos referidos detalhes.

As dificuldades sentidas manifestaram-se na realização dos planos de cuidados à luz da teórica de enfermagem escolhida - embora consideremos ter havido uma evolução na sua elaboração - e no cumprimento do limite de páginas para a realização deste relatório.

Constatamos que o EEER é um elemento da equipa de saúde, com capacidade de liderança e tomada de decisão, com conhecimentos profundos e específicos, capaz de promover o autocuidado da pessoa com DPOC submetida a VNI, com competências para desenvolver planos de reabilitação

que permitem maximizar as capacidades respiratórias, otimizando o uso da VNI; desenvolver as capacidades da pessoa na realização das AVD, com o menor dispêndio de energia; respeitando a individualidade da pessoa e envolvendo a família.

Aliando a RFR à VNI, o EEER promove a adesão da pessoa ao plano de reabilitação – a sincronia e adaptação à interface e ao ventilador, melhora a relação ventilação/perfusão, reduz o trabalho dos músculos respiratórios, mantém a permeabilidade das vias aéreas mobilizando e eliminando as secreções, minimiza a dispneia, melhora a tolerância ao esforço, o estado emocional da pessoa, corrige posições viciosas e antiálgicas defeituosas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da mesma.

Sendo este o relatório de estágio onde devem estar espelhadas todas as competências desenvolvidas e atividades realizadas nas diferentes áreas de intervenção do EEER; tendo por base o projeto de formação numa área específica à qual demos preferência; poderá ser considerada uma limitação a escassa fundamentação teórica relativamente à reabilitação das funções sensório-motora e da eliminação, mas que se justifica pelo descrito.

Terminando aqui esta etapa do percurso académico, acreditamos que outras portas se abrem no percurso profissional. Apesar de desde sempre trabalhar num serviço de urgência, durante este tempo acreditámos que mais de novo havia a realizar; vemos agora com mais clareza a possibilidade de investirmos na reabilitação às pessoas que recorrem ao serviço onde desempenho funções.

Em conjunto com outros EEER é nossa pretensão desenvolver um plano de formação em serviço, direcionada aos pares, para a aquisição e desenvolvimento de competências na área da reabilitação respiratória e sensório-motora.

Pretendemos ainda dar a conhecer este trabalho aos enfermeiros do referido serviço e servir dele para uma futura investigação na área da enfermagem de reabilitação, com o objetivo de evidenciar os benefícios da RFR à pessoa com VNI que recorre ao serviço de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Paula; Simão, Paula (2009). *Reabilitação Respiratória. Uma estratégia para a sua implementação*, Coordenação da Comissão de Reabilitação Respiratória da SPP, 1 23. 2009. Acedido a 21.01.2012. Disponível em: http://www.sppneumologia.pt/sites/sppneumologia.pt/files/pdfs/SPP_2009_0522143952_Reabilitacao_Respiratoria_Uma_estrategia_para_a_sua_implementacao.pdf
- American Thoracic Society (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413. Acedido a 21.01.2012. Disponível em www.atsjournals.org
- American Thoracic Society (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188 (8), e13-e64. Acedido a 09.01.2014. Disponível em <http://www.thoracic.org/statements/pages/copd.php>
- Ansari, K. Shamssain, M. Farrow, M. Keaney, N.P. (2009) Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practioners in the community. *Chronic Respiratory Disease*, 6, 69-74. Acedido a 05. 01. 2012. Disponível em Medline.

- Azevedo, Paulo (2008). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Adulto com necessidade de Cinesiterapia Respiratória*. Relatório Final de Curso de Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
- Barnett, M. (2009). Management of breathlessness. *Journal of Community Nursing*. Vol 23, pp. 6-13. Acedido a 07.03.2012. Disponível em Cinahl
- Beddoe A.E.; Pravikoff D. (2012), *Pulmonary Disease, Chronic Obstructive (COPD): Noninvasive Positive Pressure Ventilation*; CINAHL Nursing Guide, Cinahl Information Systems, 2012 Aug 17. (2p) (evidence-based care sheet - CEU, exam questions)
- Benner, Patrícia (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- Canteiro, M.; Heitor, M.; Olazabal, M. e Abreu, P. (2003). Reabilitação respiratória: Reeducação funcional respiratória. In M. J. Gomes & R. Sotto-Mayor (Ed.). *Tratado de Pneumologia* (pp. 1806–1821). Lisboa: Permanyer Portugal: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Cardoso, Jorge (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, pp. 385-394.

Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2011), *Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários – Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal*. Acedido a 20.06.2012. Disponível em

<http://www.respira.pt/docs/Boas%20Pr%C3%A1ticas%20em%20Cuidados%20Respirat%C3%B3rios%20Domicili%C3%A1rios.pdf>

Cordeiro, Maria do Carmo O. e Menoita, Elsa C. (2012). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: Conceitos, Princípios e Técnicas*. 1ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-86-8.

Corner, Eve e Garrod, Rachel (2009). *Does the Addition of Non-Invasive Ventilation during Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Augment Patient Outcome in Exercise Tolerance? A Literature Review*. Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). Acedido em 02.07.12. Disponível em Medline.

Correia, Ana C.; Freitas, Clara; Pereira, Cláudia e Santos, Maria F. (2013) A Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva no Domicílio In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*, (232-243). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Couto, Tatiana Mesquita Barbosa (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação para grau de Mestre em Gerontologia, Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Craig, Jean V. e Smyth, Rosalind L. (2004) - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4

Decreto-Lei n.º 104/98. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa, D.R. – I Série- A n.º 93 de 21 Abril de 1998, pp. 1739-1757.

DGS, Direção Geral de Saúde (2009). *Circular Normativa N.º: 40A/DSPCD Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 20.09.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=14938>

DGS, Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Orientações Programáticas*. Acedido a 20.03.2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=14938>

DGS, Direção-Geral de Saúde (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 028/2011. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 20.09.2013. Disponível em <file:///C:/Users/m/Downloads/i019332.pdf>

Dyer, Fran; Flude, Lizzie; Bazari, Farid; Jolley, Caroline; Englebrechtsen, Catherine; Lai, Dilys; Polkey, Michael I.; Hopkinson Nicholas S. (2011). Non-invasive ventilation (NIV) as an aid to rehabilitation in acute respiratory disease. *BMC Pulmonary Medicine*. 11:58 Acedido em 05.01.2012. Disponível em Medline.

ELF, European Lung Foundation (2014). *COPD - Burden in Europe*. Acedido a 20.01.2014. Disponível em <http://www.european-lung-foundation.org/63-european-lung-foundation-elf-burden-in-europe.htm>

Ferreira, Susana; Nogueira, Carla; Conde, Sara e Taveira, Natália (2009); Ventilação Não Invasiva; *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (4), 655-667. Lisboa. ISSN 0873-2159.

Ganem, Maha; ELaal, Enace A.; Mehany, Mogedda; Tolba, Kawthar (2010). Home based Pulmonary Rehabilitation Program: effect on exercise tolerance and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease. *Annals Of Thoracic Medicine*, 5, 18-25. Acedido a 05.01.2012. Disponível em Cinahl.

Germano, Nuno (2009) - Ventilação Não Invasiva. In: Marcelino, Paulo - *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência, 2009 (239 - 256). ISBN: 978-972-8930-42-4.

GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, Updated 2014* [em linha], 1-102. 2014, Acedido a 01.02.2014. Disponível em http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf

Gysels, M. H.; Higginson, I. J. (2009) Self-management for breathlessness in COPD: The role of pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease*. 6: 133-140. Acedido em 05.01.12. Disponível em Medline.

Hesbeen, Walter (2001). *QUALIDADE EM ENFERMAGEM. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7.

Hesbeen, Walter (2003). *A REABILITAÇÃO. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-43-6.

Heitor, M. C.; Canteiro, M.C.; Ferreira, J.M.R.; Olazabal, M. e Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2ª Edição. Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação. Processos e Aplicação*. (2ªed.) Loures: Lusociência.

Jarvis, H. (2006). Respiratory infection. Exploring the evidence base of the use of non-invasive ventilation. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 15(14), 756-759. Acedido a 02.07.2012. Disponível em: Medline.

Jónsdóttir, Helga (2008). Nursing care in the chronic phase of COPD: a call for innovative disciplinary research. *The author journal compilation*. pp. 273-290. Acedido a 05.01.12. Disponível em Medline.

Kisner, Carolyn e Colby, Allen Lynn (2009). *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas*. 5ª Edição. Brazil: Editora Manole.

Langer, D., Hendriks, E., Burtin, C., Probst, V., CP, Paterson, W., & ... Gosselink, R. (2009). A clinical practice guideline for physiotherapists treating patients with chronic obstructive pulmonary disease based on a systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation*, 23(5), 445-462. Acedido em 05.01.12. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010287376&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lewis, Klein E.; Annandale, Joseph A.; Warn, Daniel L.; Rees, Sarah E.; Hurlin, Claire; Blyth, Hayley; Syed, Yasir; Leo Lewis (2010), Does Home Telemonitoring after Pulmonary Rehabilitation reduce healthcare use in optimized COPD? A pilot randomized trial. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Acedido a 05.01.12. Disponível em Medline.

Loureiro, Maria; Duarte, João e Caracitas, Ana (2013). Ventilação Não Invasiva e Reabilitação In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*, (222-231). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Marcelino, Paulo e Pimentel, Isabel (2009). Abordagem Clínica da Ventilação Mecânica. In: Marcelino, Paulo - *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência. 105 - 161. ISBN: 978-972-8930-42-4 .

Marín, Sandra (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23(2)138-146.

McCool, F. D., & Rosen, M. J. (2006). Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Nonpharmacologic Airway Clearance. *Chestjournal*, 129(1), 250-259. Acedido em 05.01.12. Disponível em <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22039/250S.pdf>

McLean. S.; Nurmatov, U.; Liu, J.; Pagliari, C.; Car, J.; Sheikh, A. (2011). Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease (review). *The Cochrane Library*. 1-52. Acedido em 05.01.12. Disponível em Cochrane.

Menoita, Elsa C.; Sousa, Luís M.; Alvo, Isabel B. P. e Vieira, Cristina M. (2012). *REABILITAR A PESSOA COM AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3

Moulin, Marcel du; Taube, Karin; Wegscheider, Karl; Behnke, Michaela; Van Den Bussche, Hendrik (2009). Home based exercise training as maintenance after outpatient pulmonary rehabilitation. *Respiration*, 77, 139-145. Acedido a 05.01.2012. Disponível em Cinahl.

Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 456p. ISBN 972-99646-0-2.

ONDR, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2011 – Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Acedido a 02.02.2012. Disponível em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf

ONDR, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2012 – A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Acedido a 25.02.2013. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf

ONDR, Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2013 – Prevenir a doença. Acompanhar e reabilitar o doente*. Acedido a 01.02.2014. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Segurança do Doente*. ROE. (17), 47- 49.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS – Instrumentos de Informação e Acção*. Acedido a 2.2.2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação. Tomada de Posição*. Acedido a 2.2.2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Edição Portuguesa: Acedido a 21.4.2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 12.12.2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 12.12.2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Parola D, Romani S, Petroianni A, Locorriere L, Terzano C. (2012). *Treatment of acute exacerbations with non-invasive ventilation in chronic hypercapnic COPD patients with pulmonary hypertension*. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 16: 183-191. Acedido a 02.07.2012. Disponível em Medline.

Puhan M.A., Gimeno-Santos E., Scharplatz M., Troosters T., Walters E.H. e Steurer J. (2011). *Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review)*. The Cochrane Collaboration. Acedido a 02.07.2012. Disponível em Cochrane

Ramani, Ashok A.; Pickston. Anthony A.; Clark, James L.; Clark, Courtney A.; Brown, Michael (2010). Role of management pathways in the care of advanced COPD patients in their own homes. *Care Management Journals*. 11(4), pp. 249-253. Acedido em 05.01.12. Disponível em Cinahl.

Ringbaek, T.; Brøndum, E.; Martinez, G.; Lange P.; Pulmonary Rehabilitation Research Group (2008). Rehabilitation in COPD: The long-term effect of a supervised 7-week programme succeeded by a self-monitored walking programme. *Chronic Respiratory Disease*, 5, pp. 75-80. Acedido a 05.01.2012. Disponível em Medline

Sansana, Andreia e Bento, Tiago (2013). Intervenções de enfermagem ao doente crítico submetido a VNI. In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição* (81-90). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Santos, Dora; Natália, Malheiro e Rosa, Pedro (2013). Ventilação Não Invasiva: Conceito, Evolução a Pessoas e as Famílias. In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*, (15-23). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Saraiva, Cristina Maria da Silva (2003). *A Qualidade de Vida dos Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica submetidos a Ventilação Não Invasiva*. Dissertação de Tese para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Severo e Rech (2006) Reabilitação pulmonar: treinamento de membros superiores em pacientes com DPOC; uma revisão. *Fisioterapia e Pesquisa*. 13(1). pp. 44 – 52.

Santos, Catarina D. (2011). *Reabilitação Respiratória na DPOC: Efeito de duas intensidades de treino de exercício aeróbio nos resultados centrados no doente*. Dissertação de Tese para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Aparelho Respiratório, Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Sousa, M. (2003). Reabilitação respiratória na DPOC, Bronquiectasia e fibrose quística. In M. J. Gomes & R. Sotto-Mayor (Ed.). *Tratado de Pneumologia* (pp. 1860–1864). Lisboa: Permanyer Portugal: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Testas, José Carlos (2009) - Enfermagem de Reabilitação no Doente Respiratório. In: Marcelino, Paulo - *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8930-42-4. pp. 163 - 188.

Uronis, H. McCrory D.C., Samsa G., Currow D., Abernethy A. (2011). Symptomatic oxygen for non-hypoxaemic chronic obstructivepulmonary disease (Review). *The Cochrane Collaboration*. Acedido a 02.07.2012. Disponível em Cochrane

Valente, M. J., Bárbara, C., Carvalho, A., & Shiang, T. (2003). Doenças do aparelho respiratório: Doença pulmonar obstrutiva crónica. In M. J. Gomes & R. Sotto-Mayor (Ed.). *Tratado de Pneumologia* (pp. 855–874). Lisboa: Permanyer Portugal: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Vital, Sofia e Gonçalves, Paulo (2013). Cuidador da Pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva In *Cuidados de Enfermagem no Processo de Transição*, (244-256). Lisboa: Great Age Friends - Inovação e Desenvolvimento.

Wilt, T.; Niewonhner, D.; MacDonald, R.; Kain, R. (2007). Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 147, pp. 639-653. Acedido a 05.01.12. Disponível em Medline.

ANEXOS

**Anexo 1 - Classificação da gravidade da limitação do fluxo
aéreo na DPOC**

Em pessoas com $FEV_1 / FVC < 0,70$		
GOLD 1	Ligeira	$FEV_1 > \text{ou} = 80\%$ do previsto
GOLD 2	Moderada	$50\% < \text{ou} = FEV_1 < 80\%$ do previsto
GOLD 3	Grave	$30\% < \text{ou} = FEV_1 < 50\%$ do previsto
GOLD 4	Muito Grave	$FEV_1 < 30\%$ do previsto

Tabela 1: Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC (adaptado de GOLD, 2014)

**Anexo 2 – Associação entre os sintomas, a espirometria e
o risco de futuras exacerbações**

Pessoa	Características	Classificação de acordo com espirometria	Exacerbações por ano	mMRC	CAT
A	Baixo Risco Menos sintomas	GOLD 1-2	≤ 1	0 - 1	< 10
B	Baixo Risco Mais sintomas	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Alto Risco Menos sintomas	GOLD 3-4	≥ 2	0 - 1	< 10
D	Alto Risco Mais sintomas	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

Legenda: mMRC – Modified British Medical Research Council Questionnaire

CAT - COPD Assessment Test

Tabela 2: Associação entre os sintomas, a espirometria e o risco de futuras exacerbações (adaptado de GOLD, 2014)

**Anexo 3 – Questionários validados para avaliação dos
sintomas: mMRC, CAT, SGRQ e SGRQ-C**

A DGS (2013) e a GOLD (2014) recomendam o uso de questionários validados para a avaliação dos sintomas, nomeadamente o *Modified British Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale* (figura 1) ou o *COPD Assessment Test (CAT)* (figura 2). Contudo, enquanto o primeiro apenas avalia o nível por dispneia, embora se relacione bem com outras medidas do estado de saúde da pessoa e prediga o futuro risco de mortalidade, o CAT avalia o impacto que a DPOC está a ter no bem estar e no quotidiano da pessoa, e cuja pontuação correlaciona-se estreitamente com o estado de saúde da mesma avaliado com o *Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ)* (GOLD, 2014). No primeiro teste é considerada elevada uma pontuação igual ou superior a 2 e no segundo igual ou superior a 10.

Questionário para avaliação do grau de dispneia, adaptado da versão modificada do Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire (mMRC)

Assinale com uma cruz (X), o quadrado ☐ correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso". ☐

GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado". ☐

GRAU 2

Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal". ☐

GRAU 3

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos". ☐

GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

"Estou sem fôlego para sair de casa". ☐

Figura 1: Questionário para avaliação do grau de dispneia, adaptado do mMRC (DGS, 2009)

Questionário destinado a avaliar o impacto que a DPOC tem no bem estar e no quotidiano.
(COPD Assessment Test – CAT)

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse	0 1 2 3 4 5	Estou sempre a tosse	
Não tenho nenhuma expeçãoção (catarro) no peito	0 1 2 3 4 5	O meu peito está cheio de expeçãoção (catarro)	
Não sinto nenhum aperto no peito	0 1 2 3 4 5	Sinto um grande aperto no peito	
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou em lances de escadas	0 1 2 3 4 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	0 1 2 3 4 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0 1 2 3 4 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	
Soumo profundamente	0 1 2 3 4 5	Soumo profundamente doente a minha doença pulmonar	
Tenho muita energia	0 1 2 3 4 5	Não tenho nenhuma energia	

[Clique aqui para obter a sua pontuação total](#)

Pontuação CAT	Nível de impacto
<10	Reduzido
10-20	Médio
21-30	Alto
>30	Muito alto

Figura 2: Questionário para avaliação do impacto da DPOC no bem estar e no quotidiano – CAT (DGS, 2009)

O SGRQ é um teste que avalia os sintomas respiratórios e correlaciona-se fortemente com o desempenho do exercício (Teste de caminhada de 6 minutos), a dispneia na vida diária (mMRC) e perturbações do humor (depressão e ansiedade), sendo que as pontuações são calculadas para três domínios: sintomas, atividade e impacto psicossocial.

O *Saint George Respiratory Questionnaire for COPD Patients* (SGRQ-C) deriva do anterior, é mais pequeno que este e é válido para a DPOC; tem igualmente uma primeira parte que aborda a frequência de sintomas respiratórios, servindo para avaliar a percepção do doente dos seus problemas respiratórios recentes e uma segunda parte que aborda o estado atual do doente, medindo perturbações da atividade física diária e o seu impacto a nível psicossocial.

Anexo 4 – Gestão da pessoa com DPOC estável

Doente	O essencial	Recomendações	Dependendo das <i>guidelines</i> locais
A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cessaç�o tabágica ✓ Pode incluir tratamento farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercício Físico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vacina da gripe ✓ Vacina pneumoc�cica
B, C, D	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cessaç�o tabágica ✓ Pode incluir tratamento farmacológico ✓ Reabilitação Respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exercício Físico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vacina da gripe ✓ Vacina pneumocócica

Tabela 3: Gestão da pessoa com DPOC estável (adaptado de GOLD, 2014)

**Anexo 5 – Tratamento Farmacológico da pessoa com
DPOC estável**

Grupo	1ª escolha	2ª escolha	Alternativa/Associação
A	Anticolinérgico de curta ação (tomado se necessário) ou beta2 agonista de curta ação (tomado se necessário)	Anticolinérgico de longa ação ou beta2 agonista de longa ação ou beta2 agonista de curta ação + anticolinérgico de curta ação	Teofilina
B	Anticolinérgico de longa ação ou beta2 agonista de longa ação	Anticolinérgico de longa ação + beta2 agonista de longa ação	beta2 agonista de curta ação e/ou anticolinérgico de curta ação Teofilina
C	Corticoesteróide inalado + beta2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação	Anticolinérgico de longa ação + beta2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação + inibidor da fosfodiesterase 4 ou beta2 agonista de longa ação + inibidor da fosfodiesterase 4	beta2 agonista de curta ação e/ou anticolinérgico de curta ação Teofilina
D	Corticoesteróide inalado + beta2 agonista de longa ação e/ou anticolinérgico de longa ação	Corticoesteróide inalado + beta2 agonista de longa ação + anticolinérgico de longa ação ou Corticoesteróide inalado + beta2 agonista de longa ação + inibidor da fosfodiesterase 4 ou anticolinérgico de longa ação + beta2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação + inibidor da fosfodiesterase 4	Carbocisteína beta2 agonista de curta ação e/ou anticolinérgico de curta ação Teofilina

Tabela 4: Tratamento Farmacológico da pessoa com DPOC estável (adaptado de GOLD, 2014)

**Anexo 6 – Certificado de participação no I Workshop de
Transplantação Pulmonar**

I Workshop De Transplantação Pulmonar

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Carolina Oliveira Ramos

participou no I Workshop de Transplantação Pulmonar que
decorreu no dia 8 de Março de 2013, com duração de 6 horas.

Lisboa, 8 de Março de 2013

A Comissão Organizadora,

Joana Silva



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARTA



**Anexo 7 – Certificado de participação na “Sessão Prática
de Ventilação Não Invasiva, da teoria à prática”, parte
integrante do I Workshop de Transplantação Pulmonar**

I Workshop De Transplantação Pulmonar

CERTIFICADO

Certifica-se que Ano Carlos Oliveira Martins

participou na “Sessão Prática de Ventilação Não Invasiva, da teoria à prática”, parte integrante I Workshop de Transplantação Pulmonar que decorreu no dia 8 de Março de 2013, com duração de 2h30.

Colaboração:



Lisboa, 8 de Março de 2013

A Comissão Organizadora,

Diretores João Silva



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARTA



**Anexo 8 – Documento para avaliação do risco de quedas
em adultos no CMR - adaptação da *Morse Fall Scale***

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA – PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS

(Colocar vinhetas de identificação)

PARÂMETROS	Pontos	Data da Avaliação			
História de queda	Não 0 Sim 25				
Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15				
Ajuda na mobilização <ul style="list-style-type: none"> Nenhuma/acamado/assistido pelo enfermeiro 0 Auxiliar de marcha 15 Prótese 30 					
Dificuldade em usar o sanitário	Não 0 Sim 20				
Marcha <ul style="list-style-type: none"> Normal/acamado/cadeira de rodas 0 Lenta 10 Comprometida 20 					
Estado mental <ul style="list-style-type: none"> Orientado de acordo com as suas limitações 0 Desorientado/Confuso/Sobrevaloriza as suas capacidades ou esquece-se das limitações 15 					
Pontuação Total					
Nível de risco					
Assinatura					

Fonte: Adaptação da Morse Fall Scale

O somatório dos pontos dos vários parâmetros define o nível de risco de queda:

<p>Baixo Risco Pontuação 0-24</p>	<p>Médio Risco Pontuação 25-50</p>	<p>Elevado Risco Pontuação ≥ 51</p>
--	---	--

**Anexo 9 – Documento para avaliação do risco de úlcera de
pressão no CMR- Escala de *Braden***

PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUA – PREVENÇÃO DAS
ÚLCERAS DE PRESSÃO

(colocar vinheta de identificação)

Nº Folha

Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão				Mês	
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de perceber a posição da cama e o nível de desconforto	1. COMPLETAMENTE LIMITADA: Não reage a estímulos dolorosos (não sente dor, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência OU a anestesia.	2. MUITO LIMITADA: Reage unicamente a estímulos dolorosos, mas não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou iniquitações, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. LIGEIRAMENTE LIMITADA: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	1 2 3 4	
	1. PELE CONSTANTEMENTE HÚMIDA: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. PELE MUITO HÚMIDA: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. PELE OCASIONALMENTE HÚMIDA: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. PELE RARAMENTE HÚMIDA: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	1 2 3 4
	1. ACAMADO: O doente está confinado à cama.	2. SENTADO: Capacidade de se levantar e sentar-se sem a ajuda de ninguém. Não pode fazer cama e/ou tem de fazer mudanças frequentes ou significativas de roupa.	3. ANDA OCASIONALMENTE: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. ANDA FREQUENTEMENTE: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	1 2 3 4
	1. COMPLETAMENTE IMOBILIZADO: Não consegue mover-se independentemente com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. MUITO LIMITADA: O doente está frequentemente e por vezes incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. LIGEIRAMENTE LIMITADA: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. NENHUMA LIMITAÇÃO: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	1 2 3 4
NUTRIÇÃO Alimentação habitual	1. MUITO POBRE: Nunca come uma refeição completa e adequada. Não consegue engolir mais de duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. PROVAVELMENTE INADEQUADA: Raramente come uma refeição completa e adequada. Não consegue engolir mais de uma refeição completa. Ingerir menos de duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU não consegue engolir mais de um suplemento dietético líquido OU não consegue engolir mais de um suplemento dietético líquido OU não consegue engolir mais de um suplemento dietético líquido.	3. ADEQUADA: Come uma refeição completa e adequada. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes necessita uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, e alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo proveeniente a maior parte das necessidades nutricionais.	1 2 3 4	
	1. PROBLEMA: O doente não consegue levantar a cabeça para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento frequente. O doente apresenta uma postura de Espaldade, contorturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. PROBLEMA POTENCIAL: Move-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou roupa. O doente apresenta uma postura de Espaldade, contorturas ou agitação leva a fricção quase constante.	3. NENHUM PROBLEMA: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. O doente apresenta uma postura adequada. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	4. EXCELENTE: Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente, entre as refeições. Não requer suplementos.	1 2 3 4
	FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO	1. PROBLEMA: O doente não consegue levantar a cabeça para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento frequente. O doente apresenta uma postura de Espaldade, contorturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. PROBLEMA POTENCIAL: Move-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou roupa. O doente apresenta uma postura de Espaldade, contorturas ou agitação leva a fricção quase constante.	3. NENHUM PROBLEMA: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. O doente apresenta uma postura adequada. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	1 2 3
		Score Total			
Alto Risco (AR): ≤ 16 pontos => Avaliação semanal Baixo Risco (BR): ≥ 17 pontos => 15 / 15 dias					

Adaptado de © Copyright validado para Portugal por Cristina Miguéns, João Gonçalves, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2004.

Avaliador:

Anexo 10 – Escala de BORG Modificada utilizada na URFR

Avaliação de Dispneia e Cansaço

Unidade de Reabilitação Respiratória

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: ____ / ____ / ____ Processo OLD: _____

Escala de BORG Modificada

DISPNEIA			CANSAÇO		
_____	0	Absolutamente nada	0	_____	
_____	0,5	Pouquíssima, quase nada	0,5	_____	
_____	1	Muito pouca	1	_____	
_____	2	Pouca	2	_____	
_____	3	Média, regular	3	_____	
_____	4	Um pouco forte	4	_____	
_____	5	Forte	5	_____	
_____	6		6	_____	
_____	7	Muito forte	7	_____	
_____	8		8	_____	
_____	9	Fortíssima	9	_____	
_____	10	Máxima	10	_____	

Unidade de Reabilitação Respiratória

**Anexo 11 – The St. George’s Hospital Respiratory
Questionnaire utilizado na URFR**

Avaliação da Qualidade de Vida

Unidade de Reabilitação Respiratória

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: ____ / ____ / ____ Processo OLD: _____

The St George's Hospital Respiratory Questionnaire

Autor: Paul W. Jones

Este inquérito ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que maior problema lhe causam. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos acham que você sente.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver.

Não perca demasiado tempo nas suas respostas.

Como descreve o seu estado de saúde: Muito bom ☐
Bom ☐
Moderado ☐
Mau ☐
Muito Mau ☐

Parte 1

Perguntas sobre os seus problemas respiratórios no **último ano** (últimos 3 meses)

Assinale **um só quadrado** para cada pergunta.

	Muitos dias na semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante o último ano tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante o último ano tive expectoração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante o último ano tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante o último ano tive crises de pieira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante o último ano, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:

- Mais de 3 crises ☐
- 3 crises ☐
- 2 crises ☐
- 1 crise ☐
- Nenhuma crise ☐

O que é uma crise grave para si?

Continue a assinalar um só quadrado para cada pergunta

6. Quanto tempo durou a pior das crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

- 1 semana ou mais ☐
- 3 ou mais dias ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- menos de 1 dia ☐

7. Durante o último ano, quantos **dias bons** (com problemas respiratórios ligeiros) teve, em média, por semana:

- Nenhum dia ☐
- 1 ou 2 dias ☐
- 3 ou 4 dias ☐
- Quase todos os dias ☐
- Todos os dias ☐

8. No caso de ter tido pieira, ela é pior de manhã:

- Não ☐
- Sim ☐

Parte 2

Secção 1: Assinale **um só quadrado** para descrever a sua doença respiratória

- É o meu maior problema ☐
- Causa-me muitos problemas ☐
- Causa-me alguns problemas ☐
- Não me causa nenhum problema ☐

Se estiver actualmente de baixa assinale **uma** das perguntas

- A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar ☐
- A minha doença respiratória interfere com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho ☐
- A minha doença respiratória não afecta o meu trabalho ☐

Secção 2: Indique **todos** os quadrados relativos a actividades que actualmente lhe provocam falta de ar

- Quando estou sentado ou deitado Sim ☐ Não ☐
- A tomar banho ou a vestir-me Sim ☐ Não ☐
- A caminhar dentro de casa Sim ☐ Não ☐
- A caminhar em terreno plano Sim ☐ Não ☐
- A subir um lance de escadas Sim ☐ Não ☐
- A subir ladeiras Sim ☐ Não ☐
- A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico Sim ☐ Não ☐

Secção 3: Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si **actualmente**

1. A minha tosse causa-me dor Sim ☐ Não ☐
2. A minha tosse deixa-me cansado Sim ☐ Não ☐
3. Falta-me o ar quando falo Sim ☐ Não ☐
4. Falta-me o ar quando me inclino para a frente Sim ☐ Não ☐
5. A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono Sim ☐ Não ☐
6. Fico exausto com facilidade Sim ☐ Não ☐

Secção 4: Indique todos os efeitos que a doença respiratória tem sobre si

1. A minha tosse ou a falta de ar causa-me problemas em público..... Sim ☐ Não ☐
2. A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos..... Sim ☐ Não ☐
3. Tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar Sim ☐ Não ☐
4. Sinto que não controlo a minha doença respiratória..... Sim ☐ Não ☐
5. Não espero melhoras da minha doença respiratória Sim ☐ Não ☐
6. A minha doença tornou-me diminuído ou inválido (física ou mentalmente) Sim ☐ Não ☐
7. Parece-me perigoso fazer exercício Sim ☐ Não ☐
8. Tudo o que faço, me exige um esforço para além das minhas capacidades .. Sim ☐ Não ☐

Secção 5: Assinale todas as perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória (passe para a Secção 6 se não toma medicamentos)

- A minha medicação não me está a ajudar muito Sim ☐ Não ☐
- Embaraça-me tomar os medicamentos em público Sim ☐ Não ☐
- A medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis Sim ☐ Não ☐
- A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia Sim ☐ Não ☐

Secção 6: As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua respiração. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me..... Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo ou sou mesmo incapaz de tomar banho ou um duche .. Sim ☐ Não ☐
- Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo com as tarefas como o trabalho de casa, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Quando subo um lanço de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar Sim ☐ Não ☐
- Se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo Sim ☐ Não ☐

- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, jardinagem leve,
arrancar ervas, dançar, jogar bowling ou golfe..... Sim ☐ Não ☐

- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
carregar grandes pesos, cavar o jardim ou limpar a neve, andar a
8 quilómetros/hora, jogar ténis ou nadar Sim ☐ Não ☐

- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como:
trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade,
ou praticar desportos de competição..... Sim ☐ Não ☐

Secção 7: As perguntas seguintes referem-se ainda a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória

Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico.. Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para me divertir..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para fazer compras..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de fazer o trabalho da casa Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira..... Sim ☐ Não ☐

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. **(Não é obrigatório responder. Pretende-se apenas lembrá-lo de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar).**

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória

Assinale o quadrado (só um) que melhor define a forma como é afectado pela sua doença respiratória.

A minha doença respiratória...

- Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer ☐
- Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer..... ☐

**Anexo 12 - Classificação Neurológica da Lesão da Medula
Espinal padronizada pela *American Spinal Injury*
Association (ASIA)**

Patient Name _____

Examiner Name _____

Date/Time of Exam _____



**STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION
OF SPINAL CORD INJURY**



MOTOR

KEY MUSCLES
(testing on reverse side)

UPPER LIMB
C5 C6 C7 C8 T1
R L R L R L R L R L
Elbow flexors
Wrist extensors
Elbow extensors
Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
Finger abductors (little finger)

TOTAL (25) + TOTAL (25) = TOTAL (50)

Comments:

SENSORY

KEY SENSORY POINTS

0 = absent
1 = impaired
2 = normal
NT = not testable

	LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
	R	L	R	L
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				

Voluntary anal contraction (Yes/No) ☐ S4-5

LOWER LIMB TOTAL (25) + TOTAL (25) = TOTAL (50)

NEUROLOGICAL LEVEL

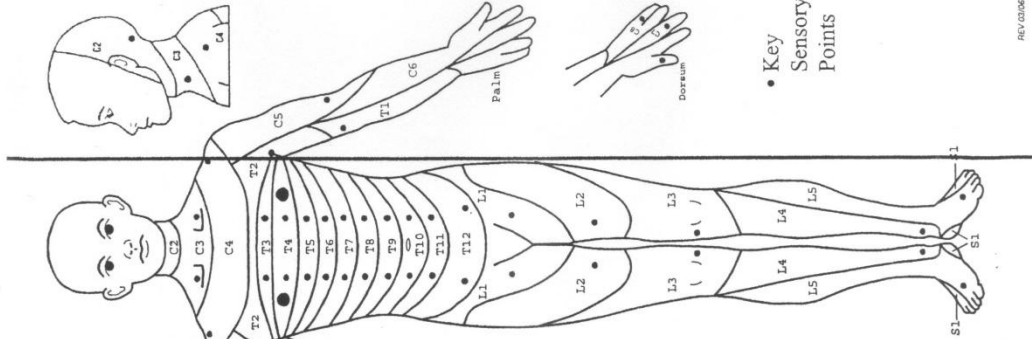
The most caudal segment with normal function

COMPLETE OR INCOMPLETE? ☐ R ☐ L

ASIA IMPAIRMENT SCALE ☐ R ☐ L

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION ☐ R ☐ L

SENSORY MOTOR ☐ R ☐ L



• Key Sensory Points

REV 03/06

Anexo 13 – Medida de Independência Funcional (MIF)
(utilizada no CMR)

Medida de Independência Funcional - (MIF)

Vinheta do Utente

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Internado a: / /	Avaliação intercalar..... / /	Alta a: / /
NIVEIS		
SEM AJUDA	7 - Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 - Independência modificada (ajuda técnica)	COM AJUDA
<i>Dependência modificada</i> 5 - Supervisão 4 - Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 - Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) <i>Dependência completa</i> 2 - Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) 1- Ajuda Total (indivíduo ≥ 0%)		

AUTO-CUIDADOS	ADMISSÃO	AV.INT.	ALTA
A-Alimentação			
B-Higiene Pessoal			
C-Banho (lavar corpo)			
D-Vestir metade superior			
E-Vestir metade inferior			
F-Utilização da sanita			
CONTROLO DOS ESFINCTERES			
G-Vesical			
H-Intestinal			
TRANSFERÊNCIAS:			
I-Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas			
J-Sanitário			
K-Banheira, Duche			
LOCOMOÇÃO			
L-Marcha/Cadeira de Rodas	M	M	M
M-Escadas	CR	CR	CR
1-SCORE SUB-TOTAL MOTOR (A-M)			
COMUNICAÇÃO			
N-Compreensão (auditiva/visual)	A	A	A
O-Expressão (vocal/não vocal)	V	V	V
	NV	NV	NV
COGNICÃO SOCIAL			
P-Interacção Social			
Q-Resolução dos problemas			
R-Memória			
2-SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)			
TOTAL (1+2)			

Médico _____
 Ass. _____

Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não estável marque 1.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Razão da escolha dos locais de estágio

Serviço/Instituição	Justificação
Unidade de Reeducação Funcional Respiratória	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem constituída unicamente por EEER; - Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes internados em diferentes serviços da instituição e a doentes em regime de ambatório, nomeadamente RFR.
Unidade de Insuficiência	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço com elevada taxa de ocupação, onde se procede ao diagnóstico e tratamento de doentes agudos com patologia respiratória, em particular insuficientes respiratórios; com experiência ímpar em VNI em doentes em fase aguda, em desmame de ventilação invasiva crónica e em descanolização em doentes traqueostomizados crónicos; - Internamento de doentes com DPOC submetidos a VNI - Possibilidade de reconhecer o trabalho desenvolvido pelo EEER com os doentes com DPOC submetidos a VNI e na articulação com outros recursos (da instituição, da comunidade).
Hospital Dia Insuficientes Respiratórios (Sala de VNI e Visitas Domiciliárias)	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço que presta assistência domiciliária a pessoas com insuficiência respiratória crónica que necessitam de VNI e/ou oxigenoterapia domiciliárias; - Acompanhamento em ambatório (no domicílio, em consulta ou telemonitorização) de doentes com DPOC que iniciarão VNI no domicílio ou já submetidos a VNI no domicílio, que por vezes recorrem ao serviço onde exerço funções em situações de agudização da sua doença; - Otimização da terapêutica farmacológica, RFR; - Possibilidade de refletir sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação passíveis de serem realizados em visitas domiciliárias.
Centro de Medicina de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição de prestígio, reconhecida por prestar um serviço de excelência em medicina de reabilitação, dando uma resposta com qualidade às necessidades das pessoas, providenciando e diligenciando, no máximo grau possível, a autonomia do doente, a sua dignidade e auto-estima, os seus direitos de cidadania e o seu envolvimento no tratamento e que me dará a oportunidade de adquirir outras competências do enfermeiro especialista; - Possibilidade de identificar necessidades, planejar e prestar cuidados de enfermagem de reabilitação mais direcionados à área motora, a doentes que na sua grande maioria sofreram de AVC ou LVM (patologias frequentes no serviço desempenho funções, de que habitualmente cuido numa fase inicial da sua doença) e articulação com outros profissionais e recursos da instituição; - Equipa de enfermagem constituída em cerca de 50% por EEER, cujos cuidados prestados visam a reeducação funcional respiratória, motora, sensorial e cognitiva; são direcionados à pessoa e família/pessoa significativa, com o objetivo de manter ou recuperar a independência nas AVD.

**Apêndice 2 – Guião de Entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe da
URFR**

Instituição: [REDACTED]

Serviço: [REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeira Chefe: [REDACTED]

Contato telefónico [REDACTED]

Proposta de Ensino Clínico: de 1 a 26 de Outubro de 2012

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Quais os objetivos da URFR? Qual a história da mesma?
- Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem na unidade?
 - Qual o horário dos EEER? Como são distribuídos?
 - Como é que as pessoas acedem a este serviço? Como funciona a articulação da unidade com os restantes serviços?
 - Como é a articulação dos EEER nos serviços de internamento com os enfermeiros dos serviços? E com os fisioterapeutas?
 - Quais as situações mais comuns/patologias respiratórias mais frequentes que levam a pessoa à URFR? Qual a prevalência de pessoas com DPOC?
- Quais os critérios de admissão da pessoa? E de uma pessoa com DPOC? Como é realizada a avaliação inicial?
 - Quais as dificuldades sentidas no dia a dia?
 - Há projetos no serviço? Quais?
 - Qual o encaminhamento realizado após a alta da pessoa?
 - Há acompanhamento da pessoa que faça VNI no domicílio?

- Há protocolos na URFR? Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a QDV, dispneia, AVD, ansiedade, depressão?
- Qual a articulação com os recursos da comunidade?

Apêndice 3 – Guião de Entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe da UIR

Instituição: [REDACTED]

Serviço: [REDACTED] Unidade de
Insuficiência Respiratória

Enfermeira Chefe: [REDACTED]

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Contatos telefônicos: [REDACTED]

Proposta de Ensino Clínico: de 28 de Outubro a 30 de Novembro de 2012

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) há no serviço?
 - Qual o horário dos EEER?
 - Quais as funções desempenhadas pelo EEER?
 - Como é a articulação do EEER com os restantes elementos de enfermagem do serviço? E com os fisioterapeutas? E com os enfermeiros da sala de VNI? E com o HDIR?
 - Quais as situações mais comuns no serviço/patologias respiratórias mais frequentes que levam a pessoa a ser internada na UIR? Qual a prevalência de pessoas com DPOC?
 - Há protocolos na UIR? Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a QDV, dispneia, AVD, ansiedade, depressão?
 - Quais as dificuldades sentidas no dia a dia?
 - Há projetos no serviço? Quais?
 - Qual o percurso efetuado pela pessoa antes e após o internamento na UIR? Como é que a pessoa é habitualmente admitida na UIR? Serviço de

urgência/internamento de Pneumologia/Sala de VNI... O doente costuma ser transferido para a enfermaria ou habitualmente tem alta diretamente da UIR?

Qual o encaminhamento realizado após a alta do doente?

- Que relação existe entre o EEER e a família do doente?
- Qual a articulação com outros recursos da comunidade?

**Apêndice 4 – Guião de Entrevista à Sr.^{as} Enf.^a Chefe do
HDIR e Enf.^a Responsável da SVE**

Instituição: [REDACTED]

Serviço: Hospital Dia Insuficientes Respiratórios

Enfermeira Chefe: [REDACTED]

Contato telefónico: [REDACTED]

Serviço: Sala de Ventilação Eletiva

Enfermeira Responsável: Enf^a Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

Contato telefónico: [REDACTED]

Proposta de Ensino Clínico: de 3 a 20 de Dezembro de 2012

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Quais os objetivos do HDIR? Qual a história do serviço?
- Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem? Qual o horário dos EEER? Como são distribuídos?
 - Como é que os doentes acedem a este serviço? Como funciona a articulação do serviço com os restantes serviços?
 - Quais os critérios de admissão da pessoa? E de uma pessoa com DPOC? Como é realizada a avaliação inicial?
 - Quais as situações mais comuns / patologias respiratórias mais frequentes que levam a pessoa ao HDIR? Qual a prevalência de pessoas com DPOC?
- Quais as dificuldades sentidas no dia a dia?
- Há projetos no serviço? Quais?
- Como surgem os cuidados respiratórios domiciliários? Como funciona o acompanhamento da pessoa com DPOC que faz VNI no domicílio?

- Há protocolos no HDIR? Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a QDV, dispneia, AVD, ansiedade, depressão?

- Que parcerias existem? Como funcionam estas parcerias?

Relativamente à VNI:

- Como é que a pessoa acede à VNI?
- Qual a adesão das pessoas à VNI?
- Quem fornece o equipamento?
- Quem acompanha?
- Que custos tem para a pessoa?

**Apêndice 5 – Guião de Entrevista à Sr.^a Enf.^a Chefe da
Direção de Enfermagem Responsável pelos Ensinos
Clínicos do CMR**

Instituição: Centro de Medicina de Reabilitação [REDACTED] (CMR)

Serviço: [REDACTED]

Enfermeira da Direção de Enfermagem Responsável pelos EC: [REDACTED]
[REDACTED]

Contato telefónico: [REDACTED]

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação: [REDACTED]

Proposta de Ensino Clínico: de 31 de Dezembro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013

GUIÃO DE ENTREVISTA

- Qual a missão do CMR? Quais os objetivos deste Centro?
- Como está organizado? Qual a sua estrutura?
- Qual a população alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na instituição?
 - Que recursos financeiros, físicos, materiais e humanos existem? São os necessários? Quantos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) existem no hospital? Como estão distribuídos?
 - Qual o modelo de enfermagem adotado no CMR?
 - Como é que as pessoas acedem a este centro? Como funciona a articulação do mesmo com outras estruturas da comunidade?
 - Qual a área de abrangência / pessoas de que áreas de residência são referenciadas para este Centro?
 - Como é a articulação dos EEER nos diferentes serviços com os fisioterapeutas?
 - Há projetos no hospital? Quais?

Em relação ao Serviço:

- Quais os objetivos do Serviço [REDACTED]?
- Quantos EEER existem no serviço?
- Qual o horário dos EEER?
- Quem são os vários profissionais envolvidos na reabilitação da pessoa e família? Qual a relação existente no seio da equipa?
 - Quais os critérios de admissão da pessoa? Como é realizada a avaliação inicial?
 - Que escalas de avaliação são usadas para avaliar a QDV, dispneia, AVD, ansiedade e depressão?
 - Como são documentadas as práticas?
 - Quais as situações mais comuns?
 - Qual o tempo médio de internamento de uma pessoa?
 - Quais as dificuldades sentidas no dia a dia?
 - Qual o encaminhamento realizado após a alta da pessoa? Há continuidade de cuidados? Como é preparado o regresso da pessoa a casa? Existem visitas domiciliárias?
 - Como funciona a equipa de saúde? Que relação existe entre o EEER e a família da pessoa? Que tipo de apoio lhes é prestado?
 - Qual a articulação com os recursos da comunidade? Que parcerias existem com os cuidados prestados na comunidade?
 - Há protocolos no serviço?
 - Há projetos no serviço? Quais?

Apêndice 6 - Cronograma dos locais de estágio

ANO	2012													2013						
MÊS	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro	
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11
LOCAL	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15
URFR													FÉRIAS DE NATAL							
UIR																				
HDIR – SVE																				
HDIR – VD																				
CMR																				

Legenda:

- (A) Unidade de Readaptação Funcional Respiratória
- (B) Unidade de Insuficiência Respiratória
- (C) Hospital Dia de Insuficientes Respiratórios – Sala de Ventilação Eletiva
- (D) Hospital Dia de Insuficientes Respiratórios – Visitas Domiciliárias
- (E) Centro de Medicina de Reabilitação

Apêndice 7 – Oxigenoterapia

Têm indicação para oxigenoterapia de longa duração (OLD), num período superior a 15 horas por dia, de forma a melhorar a sua qualidade e esperança de vida os doentes com DPOC com hipoxémia, isto é, com pressão parcial arterial de oxigénio (PaO_2) igual ou inferior a 55 mmHg ou saturação de oxigénio (Sat O_2) igual ou inferior a 88% com ou sem hipercápnia confirmada duas vezes num período de três semanas ou com PaO_2 entre 55 e 60 mmHg e SatO_2 de 88% se houver evidência de hipertensão pulmonar ou edema periférico sugestivo de insuficiência cardíaca congestiva descompensada ou policitémia (hematócrito superior a 55% (GOLD, 2014).

A investigação de Uronis H., McCrory D.C., Samsa G., Currow D., Abernethy A., (2011) de estudos randomizados e controlados para determinar a eficácia do oxigénio quando comparado com o ar medicinal para aliviar a dispneia nos doentes com DPOC sem hipoxémia e que não têm indicação para oxigenoterapia no domicílio conclui que existem benefícios sintomáticos, como a redução da dispneia, no uso desta terapia por estes doentes. Não obstante, os autores referem ainda que devem ser realizados mais estudos para se poder decidir pela prescrição de oxigénio, paliativamente, para redução da dispneia, devendo avaliar-se cada caso isoladamente e só assim decidir.

Apêndice 8 – Problemas Parcelares

- Como é que são planeados os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com DPOC submetido a VNI e sua família, com vista à promoção do autocuidado?

- Como é realizada a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com DPOC submetido a VNI e sua família, com vista à promoção do autocuidado?

- No futuro, assumindo o papel de consultor / referente da equipa multiprofissional na área da enfermagem de reabilitação, como posso incentivar processos de mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, que tenham em vista a promoção do autocuidado?

Apêndice 9 – Jornais de Aprendizagem realizados no CMR

Período entre 3 e 20 de Janeiro de 2013

Durante as três primeiras semanas de estágio tive oportunidade de conhecer o Serviço de [REDACTED] do Centro de Medicina de Reabilitação [REDACTED] (instalações, recursos humanos e materiais existentes), ir conhecendo a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais (profissionais com quem me relaciono durante o turno). Até então não tive oportunidade de conhecer a equipa médica e outros profissionais de saúde, habitualmente presentes durante as manhãs dos dias de semana, pois as únicas manhãs de semana de estágio ocorreram na semana em destinada à Unidade Terapêutica (UT) de Atividades de Vida Diárias (AVD), sobre a qual escreverei num próximo jornal de aprendizagem.

Considero que a minha integração na dinâmica do serviço e da equipa decorreu de forma progressiva, provavelmente de uma forma não tão natural para mim relativamente a outros locais de estágio por onde já passei, muito provavelmente por se tratar de uma instituição que eu desconhecia até então, com uma missão e valores próprios, diferentes da realidade a que estou habituada, a minha realidade, a realidade onde trabalho desde sempre e onde, neste curso, realizei os diferentes estágios até então.

Contudo, e porque a convivência com enfermeiros de reabilitação é uma constante nesta instituição, assumir aqui o papel de enfermeira de reabilitação em formação aconteceu desde cedo, de uma forma progressiva e que considero célere.

A minha maior dificuldade residiu no facto de sentir desde logo a necessidade de conhecer os doentes, as suas diferentes situações clínicas e dessa informação não passar habitualmente nas passagens de turno. Deparei-me com tal logo no segundo dia de estágio, quando iniciei a minha prestação de cuidados diretos aos doentes, na primeira vez em que uma jovem doente com sequelas de lesão vértebro medular (LVM) e da qual resultou uma paraplegia, pediu-me para lhe fazer um penso de uma ferida do primeiro dedo do pé esquerdo, provocada sem intenção pela própria quando esta cortava as

unhas. Sem saber das suas limitações, questionei-lhe acerca do conforto/desconforto provocado pelo penso (nomeadamente se o penso estava apertado), ao que ela me respondeu que não sentia... Fiquei de certa forma envergonhada, por estar a prestar cuidados a uma doente cuja situação clínica eu desconhecia, e que me levou a fazer questões com pouco sentido, que deveriam ter sido formuladas de maneira diferente, ainda que fosse para realizar um simples penso...

A prestação de cuidados centrados na pessoa é desenvolvida em resposta às necessidades de saúde daquela pessoa, sendo para tal necessário ter um rico conhecimento das suas circunstâncias, da sua situação de doença, das suas necessidades, bem como do meio envolvente em si.

Apesar de prestar cuidados de enfermagem há alguns anos, agora encontro-me numa realidade diferente da que estou habituada, um contexto específico – o da reabilitação – devendo a minha atuação ser adaptada a esta área de prestação de cuidados (em contexto específico e com determinados recursos).

Mostrou-se desde logo imprescindível questionar os enfermeiros do serviço acerca das diferentes situações clínicas e consultar os processos clínicos dos doentes, para uma colheita de dados (nas vertentes pessoal, familiar e social).

À medida que foram surgindo as oportunidades foram-me sendo apresentadas as normas e os protocolos utilizados no serviço, bem como projetos e outras atividades específicas realizadas.

Sempre que tive dúvidas relativas ao funcionamento do serviço, à prática em si, procurei esclarecê-las junto da enfermeira [REDACTED], a minha orientadora, ou junto de outros enfermeiros de reabilitação.

Para poder identificar as necessidades de autocuidado (AC) terapêutico que preenchem os requisitos de AC universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde é sempre necessário proceder a uma avaliação inicial e ter em conta a individualidade da pessoa e da sua família. A realização do plano de cuidados mostrou-se aqui, mais uma vez, pertinente, evidenciando a necessidade da conhecer o doente, avaliando-o também utilizando as diferentes escalas utilizadas no serviço (como a Medida de Independência Funcional (MIF), a escala de Braden, a escala de risco de desenvolvimento de úlceras de

pressão), para poder estabelecer com ele um plano de cuidados adaptado às suas necessidades de AC terapêutico.

Optei por realizar um plano de cuidados relativo a uma doente com sequelas de LVM (após queda com traumatismo cervical, da qual resultou uma LVM incompleta ASIA C), cujo internamento atual, apesar de não ser o primeiro no CMR, após a queda, tem como objetivos dar continuidade à sua reabilitação funcional motora, promover a sua independência funcional e fazer uma avaliação vesico-esfincteriana, numa perspetiva de reinserção familiar e retomar a sua vida de uma forma o mais independente possível.

Até aqui a minha maior dificuldade em termos práticos aconteceu na avaliação neurológica do doente, nomeadamente na avaliação da função motora, da sensibilidade e dos reflexos, pelo que considero ser um aspeto em que devo investir mais no meu processo de aprendizagem.

Contudo, não é só com esta doente que eu tenho tido oportunidade de trabalhar. Desde logo que procuro oportunidades de aprendizagem, nomeadamente para pôr em prática os exercícios aprendidos, as técnicas abordadas em sala de aula (aulas teóricas e teórico-práticas) tanto com o doente vítima de LVM, como com o doente que sofreu acidente vascular cerebral (AVC) ou outra lesão neurológica. Assim, já tive oportunidade de realizar a transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, posicionamento na cama e cadeira de rodas, mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ensino de auto-mobilizações, atividades terapêuticas na cama como a ponte, o rolar para a direita e para a esquerda, atividades terapêuticas na cadeira de rodas como o *push-up*, treino de equilíbrio estático e dinâmico na cama e na cadeira de rodas, posição de pé em *standing-frame*, na cadeira de rodas, uso de inspirómetro, vestir e despir, calçar e descalçar, pentear, técnicas relacionadas com a eliminação vesical. Em todos os turnos estou presente na hora das refeições, intervindo na alimentação com qualquer um dos doentes do serviço. Considero uma constante a minha intervenção num sistema de enfermagem de apoio-educação.

Surgem assim as minhas intervenções como enfermeira de reabilitação, sendo que a minha prestação de cuidados adequa-se obrigatoriamente à realidade do dia a dia do doente em [REDACTED], tendo em conta as diversas

atividades que este realiza, a sua necessidade de descanso, o seu empenho no seu processo de reabilitação.

As intervenções de reabilitação que realizo são registadas no final de cada turno, quando elaboro os registos de enfermagem com rigor técnico e científico. Esta continua a ser uma forma de dar visibilidade às intervenções do enfermeiro de reabilitação, as quais são transmitidas à equipa, envolvendo-a e motivando-a na continuidade de cuidados.

Ainda relativamente aos registos, devo referir que estes são efetuados em suporte de papel, e ficam confinados ao serviço de internamento, tal como acontece com a informação relativa às intervenções realizadas pelos diferentes profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar, nos diferentes departamentos por onde o doente de Alcoitão passa, como a UT das AVDs, fisioterapia, terapia ocupacional, *lokomat*, entre outras.

Considero também que mais ainda pode ser feito pelo enfermeiro de reabilitação no serviço de internamento, que não impede a intervenção de outros profissionais, mas que ajuda a otimizar e/ou reeducar as diferentes funções do doente (aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e a capacitar o doente para a sua reintegração e participação na sociedade.

Tem sido uma prática constante a observação, discussão e reflexão com a enfermeira orientadora das situações clínicas que beneficiam da intervenção do enfermeiro de reabilitação, bem como do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com espírito crítico, com vista à melhoria da prestação de cuidados como futura enfermeira de reabilitação.

No dia a dia procuro fazer pelo doente/família somente e até que este não necessite dos meus cuidados de enfermagem, dar resposta às suas solicitações, desejos e necessidades associadas às intervenções de enfermagem, prestar ajuda direta sob a forma de serviços de enfermagem de reabilitação, mobilizando os recursos disponíveis, com o objetivo de capacitar o doente para a atividade de AC, adquirindo o máximo de autonomia e prevenindo complicações.

Orientar o doente e sua família, apoiá-los física e psicologicamente, mostra-se muito importante no processo de reabilitação, que continua quando o doente

tem alta, frequentemente para o domicílio. Assim, é necessário continuar a procurar e aproveitar as oportunidades que surgem para praticar uma enfermagem de reabilitação que assente num sistema de apoio-educação e que visa capacitar o doente/família para uma vida que se pretende o mais autónoma possível, com qualidade e bem estar.

Considero que não se trata de uma tarefa fácil e que por vezes parece quase que ingrata ou sem sentido... Escrevo isto porque por vezes parece-me que o doente não quer investir continuamente no seu processo de reabilitação, que trabalhamos em vão porque o doente parece que já desistiu... Sinto que este considera que reabilitar acontece maioritariamente nas manhãs, quando vai aos diferentes departamentos, e que a partir do momento em que está na enfermaria demonstra vontade de ser substituído pelo enfermeiro, pelo assistente operacional, pelo familiar ou outro cuidador informal. Lembro-me quando vejo a senhora A.S., vítima de queda da qual resultou uma LVM, com lesão incompleta ASIA C, que já realiza a transferência da cama para a cadeira de rodas e vice versa com ajuda parcial, e que sabe como realizar corretamente esta atividade, a agarrar-se ao pescoço do filho ou do assistente operacional, para a mesma transferência. Lembro-me também quando vejo a senhora I., parapléica após uma LVM, autónoma numa série de AVD, permitir-se ser substituída para tarefas para si já tão simples...

Depois... reflito e recordo que devemos respeitar a necessidade de descanso do doente, que devemos aceitar que as atividades que este realiza no seu dia a dia têm um esforço acrescido, que o desgasta física e psicologicamente. Não deixo de informar, de relembrar o doente e sua família que a reabilitação é um processo constante, e que em todos os momentos podemos estar a contribuir para que no amanhã sejamos pessoas mais autónomas, que participam ativamente e que se integram na sociedade, que têm uma vida plena, onde reina o bem estar, e que o nosso trabalho acontece em parceria. Nesta parceria, que acontece independentemente da patologia presente, da condição sociocultural, física, idade do doente, tendo em consideração o estado de consciência e a capacidade de cada um, bem como a situação particular vivenciada no momento, o doente recebe e deverá

compreender a informação transmitida, expressar a sua posição e envolver-se na tomada de decisão.

Cabe-me a mim, como enfermeira, respeitar o doente, promover a sua autonomia, privacidade, o consentimento informado no seu tratamento e cuidados prestados, garantir o seu envolvimento na tomada de decisão, centrada neste já que é este quem decide por si o que é bom para ele próprio. Ao cuidar do doente com as suas peculiaridades e potencialidades de crescimento, também o educo no sentido de o levar a assumir-se como responsável por si mesmo, a ser autónomo no seu próprio cuidado, no cuidado da sua saúde.

Ao conhecê-lo e ao compreendê-lo melhor, como um ser humano dotado de um conhecimento próprio, resultante da sua experiência de vida, também eu aprendo com ele, e por isso agradeço a todos aqueles de quem cuido todos os ensinamentos que me têm dado e que me têm tornado uma pessoa mais rica e feliz.

Período entre 21 e 25 de Janeiro de 2013

Durante esta semana de estágio tive oportunidade de conhecer a Unidade Terapêutica (UT) de Atividades de Vida Diárias (AVD) do [REDACTED] CMR [REDACTED], em termos de recursos humanos, físicos e materiais, bem como as atividades aqui realizadas. Aqui, os cuidados de enfermagem são prestados unicamente por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, a doentes do ambulatório ou internados na instituição.

Durante esta semana fui orientada pela Sr.^a Enf.^a [REDACTED], enfermeira da UT AVD que presta cuidados aos doentes internados no [REDACTED] [REDACTED] serviço de internamento onde tenho vindo a desenvolver o meu estágio.

Não obstante, sempre que se mostrou oportuno, aproveitei outras situações de aprendizagem, junto dos outros enfermeiros da UT, com outros doentes do CMR [REDACTED].

Antes de vir até esta UT, senti que teria sido importante, para a minha prestação de cuidados na enfermaria, já ter passado por aqui. Contudo, o facto de já ter passado pela enfermaria não deixou de ser igualmente vantajoso para esta semana, pois permitiu-me conhecer os doentes, as suas situações clínicas, algumas dificuldades e limitações, informações importantes para uma melhor atuação na UT AVD.

No primeiro dia estive essencialmente a observar a atuação do enfermeiro de reabilitação, contudo durante a semana a minha observação foi-se tornando cada vez mais participante e quando considerei importante, necessário ou pertinente apresentei estratégias de resolução face às limitações apresentadas pelos doentes.

Esta UT destina-se aos doentes que necessitam de cuidados de enfermagem ao nível das AVD, independentemente do seu diagnóstico, quer sejam doentes que sofreram uma LVM, um AVC, ou outra doença.

Numa situação de doença ou deficiência (perante uma hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, prótese da anca, entre outras...) o doente encontra limitações nas atividades de AC, que o colocam frequentemente e, numa fase inicial, numa situação de dependência, sendo para isso de extrema importância iniciar um programa de reabilitação que diminua as sequelas da doença, que habilite o doente para a realização de AVD, de forma a este tornar-se o mais autónomo e independente possível. É importante que o enfermeiro de reabilitação esteja consciente para o facto de que as diferentes situações de doença provocam não apenas sequelas físicas, como também alterações cognitivas e comportamentais, que devem ser tidas em conta no processo de reabilitação.

Para além de muito estímulo, ensino, treino e de uma supervisão contínua até à independência do doente em atividades como vestir e despir da cintura para cima, da cintura para baixo, calçar e descalçar, transferência da cama para a cadeira de rodas e vice versa, da cadeira de rodas para o cadeirão / sofá / sanita / banheira / carro e vice versa, aqui neste departamento o doente tem oportunidade de conhecer e experimentar produtos de apoio, alguns dispositivos de compensação, de forma a, tendo em conta as capacidades de

cada pessoa, a sua individualidade, ultrapassar os compromissos funcionais resultantes da sua situação de doença, deficiência, limitações ou incapacidade.

A atuação do enfermeiro de reabilitação na UT AVD tem como objetivos ajudar a pessoa a desempenhar as atividades do AC ao mais elevado nível funcional, compreendendo como e quando deve utilizar os produtos de apoio e dispositivos de compensação e assegurar uma prática segura no desempenho destas mesmas atividades, no seu próprio meio ambiente, de forma a promover a independência e a satisfação da pessoa, preservando a sua auto-estima.

Esta semana foi importante para conhecer mais de perto a realidade do doente internado no CMR█, uma vez que não fiquei apenas pela UT AVD, mas procurei outras situações de aprendizagem, apenas possíveis nos turnos da manhã (que habitualmente a Enfª █, a minha orientadora do █, não realiza e, assim, que eu igualmente não tenho realizado).

Desta forma, tive oportunidade de assistir a um estudo urodinâmico de um doente █, ao *lokomat* e a reuniões de objetivos, a reuniões de família e a reuniões de reavaliação.

Assistir ao estudo urodinâmico mostrou-se importante na medida em que me permitiu compreender e consolidar a informação que já tinha das aulas e da bibliografia consultada relativamente a este procedimento, o qual visa estudar o comportamento da bexiga, dos esfínteres uretral e anal e fluxo urinário, com tradução em registo gráfico. Neste estudo foi-me dada oportunidade de colaborar na preparação do doente para o exame e na prestação do apoio emocional necessário ao doente para a realização do mesmo.

O *lokomat* constitui uma ortótese automática (como apoio robótico associado) que permite um treino individual e intensivo da marcha do doente, tendo em conta o seu peso corporal. Este treino é realizado por um fisioterapeuta, num ambiente que me pareceu muito motivador, onde há um constante *feedback* e que o doente aprecia.

O fisioterapeuta com quem estive mostrou-se um profissional muito atento e prestável, apresentou-me o aparelho, o seu funcionamento, indicações e contraindicações (relativas e absolutas, tais como ausência de integridade cutânea nos membros inferiores e região sagrada, fraturas não consolidadas, osteoporose, espasticidade aumentada, presença de ortóteses do tronco,

dismetria acentuada dos membros inferiores, limitações articulares, alterações hemodinâmicas, entre outras) para o uso do *lokomat*.

Tive oportunidade de assistir à preparação do doente para a sua utilização (avaliação das medidas necessárias para o uso do aparelho) e ao seu uso por uma doente. Foi-me referido que numa primeira vez é feita a avaliação do doente e após esta, ou numa segunda sessão, este tem oportunidade de iniciar o seu uso, mas por um curto período de tempo, pois muitas vezes revela-se como uma experiência emocionalmente muito intensa para o doente (com limitações da mobilidade, que já há muito não andava, e que agora vive uma primeira experiência de marcha após a lesão / situação de doença que o levou ao internamento no CMR■). A partir da terceira sessão e após este primeiro contato, dá-se início ao treino propriamente dito.

As reuniões que tive oportunidade de assistir permitiram-me contactar com outros profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar. Esta equipa é formada pelo doente, família / cuidador, enfermeiro do serviço de internamento (habitualmente o enfermeiro responsável pelo doente), enfermeiro da UT AVD, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo e médico.

Na reunião de objetivos que acontece numa fase inicial do internamento do doente, cada profissional que constitui a equipa multidisciplinar onde se insere determinado doente, expõe os objetivos que se pretende que o doente atinja naquele internamento. Dá-se a conhecer o domicílio do doente em termos de acessibilidades (informação facultada pelo doente / família, geralmente ao enfermeiro de reabilitação da UT AVD, ao enfermeiro do internamento e à assistente social), os produtos de apoio que o doente já possui (quando se trata de um segundo internamento, o doente já tem como adquirido algum deste material).

Nesta altura o enfermeiro de reabilitação da UT AVD já fez uma primeira avaliação do doente, que inclui o seu exame neurológico e a necessidade de ajuda para a realização das diferentes AVD, pelo que na reunião de objetivos apresenta um resumo desta avaliação. Frequentemente os objetivos que se pretende que o doente atinja na UT AVD passam por promover a melhoria da funcionalidade nas diversas atividades de vida diária, pelo estudo dos produtos

de apoio e pelo apoiar e ensinar a família / cuidador a minimizar o seu desgaste.

A reunião de família acontece com o doente e família, e os profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar revelam-lhes as atividades realizadas, o que o doente já alcançou e os desafios que ainda tem pela frente, para atingir os objetivos inicialmente estabelecidos. São apresentados os produtos de apoio que se consideram necessários para o doente, questiona-se a família acerca do que o doente já possui e decide-se, em conjunto com o doente e família, que prescrições ainda estão em falta. Apresenta-se a data da alta (que habitualmente está definida desde o dia da admissão no internamento, exceto em caso de se tratar de um internamento pago pelo próprio doente ou pela seguradora). Questiona-se acerca das expectativas da família, que apoio o doente vai ter ou necessita (prestado pela paróquia, cuidados continuados...) esclarecem-se as dúvidas, nomeadamente em termos de perspetivas de evolução e o futuro encaminhamento do doente.

De uma forma geral os doentes ficam integrados na consulta no CMR■, que habitualmente ocorre um mês após a alta, a segunda três meses depois, a terceira seis meses depois, a quarta um ano depois e a partir daí acontece anualmente, a não ser que fiquem a ser seguidos no hospital da área de residência.

Na reunião de reavaliação, os profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar expõem os objetivos alcançados, os que ainda constituem um desafio, podem já pensar na eventual necessidade do adiar da alta ou num reinternamento quando tal se mostra uma necessidade, uma mais valia para a melhoria funcional do doente, para que este possa regressar a casa o mais autónomo possível. Também nesta reunião cada profissional sugere os produtos de apoio / ajudas técnicas que considera que o doente necessita, para que a médica responsável possa prescrevê-los.

Daqui levanto a seguinte questão: já que é o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que identifica as necessidades, levanta os problemas relativos a determinado produto de apoio, faz o estudo do mesmo junto com o doente, não poderia ser este enfermeiro a prescrevê-lo?! Porquê tal ter de passar pelo médico (que se limita, neste caso, a escrever num

papel)? Será que a nossa autonomia e visibilidade não poderá passar também por aqui?

O desafio do enfermeiro de reabilitação encontra-se não só no trabalho contínuo que este desenvolve junto do doente e dentro da instituição, como também ao assegurar ao doente e sua família a continuação da realização de atividades relacionadas com o AC, no domicílio que se pretende que seja inclusivo. Assim, o apoio e ensino passa não só por aquele que é prestado ao doente, mas também aos cuidadores/família.

Apercebo-me várias vezes da importância e necessidade de uma família presente no processo de reabilitação do doente, que forneça os dados necessários para a promoção de um domicílio adaptado às limitações do doente, que preste o apoio necessário ao doente para a promoção do seu AC, que o ajude no seu processo de reabilitação e integração numa vida (com um projeto!) que se pretende ativa, adaptada às novas limitações e necessidades daquela pessoa.

...Mas as famílias não se apresentam sempre como o desejável para aquele doente...

O Sr. J.L. tem três filhos que compareceram na UT AVD, como combinado com a Sr.^a Enf.^a [REDACTED], para fazer o treino da cadeira de rodas para o carro e vice-versa. Apresentaram-se no dia e à hora combinada os três filhos (um deles uma enfermeira) e a nora do doente. A nora mostrou-se como a principal cuidadora, muito proativa no processo de reabilitação do Sr. J.L., e mostrou dominar já algumas técnicas e recetiva a melhorar, *inclusivé* tendo os cuidados necessários com as questões relacionada com a ergonomia. Percebi que é com esta nora que o doente vai residir quando tiver alta, bem como com um outro filho, este último doente psiquiátrico, que apresenta algum receio em cuidar do pai, mas que a família tenta motivar e alertar para a necessidade da sua colaboração na prestação de cuidados ao idoso.

(...) A esposa do Sr. C.B. veio ter com a Sr.^a Enf.^a [REDACTED] para falar sobre o apoio da sanita que já colocou na casa de banho do domicílio. Apercebemo-nos que o mesmo não tinha sido colocado no lado correto, e juntos encontrámos uma solução, que não implicasse mais encargos financeiros.

Perante estas e outras situações vivenciadas constato novamente que o doente não é o único a necessitar de apoio para ultrapassar esta fase da sua vida, para enfrentar os desafios que encontra e que vai encontrar quando sair deste “refúgio” que agora é o CMR■. A família também necessita de muito apoio por parte dos profissionais. Devemos estar atentos às suas necessidades e estar prontos a ajudá-la, mesmo que essa ajuda passe pelo seu encaminhamento a outros profissionais.

O sucesso de todo o processo de reabilitação passa pela motivação e envolvimento do doente e da sua família, pois reabilitar o doente inclui caminhar junto com a família, estabelecer um contrato com ela e trabalhar numa parceria, onde existe cooperação e responsabilidade partilhada.

Apêndice 10 - Plano da Sessão Formativa

Acção de Formação: Dispositivos de Pressão Expiratória Positiva: *FLUTTER* e *ACAPELLA*

Data: 29 de Novembro de 2012

População Alvo: Enfermeiros da Unidade de Insuficiência Respiratória do Hospital Pulido Valente

Objectivo Geral: Desenvolver competências no âmbito da utilização do Flutter e do Acapella.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os enfermeiros da UIR sejam capazes de:

- Reconhecer os dispositivos de ajuda *Flutter* e *Acapella*;
- Identificar as vantagens, indicações, contra indicações ou recomendações especiais destes dispositivos de ajuda;
- Otimizar a utilização destes dispositivos.

Duração: aproximadamente 35 minutos.

Materiais e equipamentos a utilizar: Data-show, *flutter* e *acapella* (vários)

Metodologia: Método expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo.

Avaliação: participação contínua dos formandos ao longo da sessão.

Esquema da sessão	Objetivos	Métodos	Papel do Formador / Formando	Dificuldades antecipadas	Duração	Materiais
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação do tema da formação -Apresentação dos objetivos da formação 	Interrogativo Expositivo	Formador: <ul style="list-style-type: none"> - Motiva para o tema - Esclarece os objetivos - Questiona sobre as principais dificuldades Formando: <ul style="list-style-type: none"> - Identifica as dificuldades no manuseamento - Fala sobre a sua experiência 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca motivação dos formandos - Não identificarem dificuldades no seu manuseamento 	+/- 5 Minutos	Projeção de diapositivos através de <i>DataShow</i>
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar conhecimentos sobre dispositivos de pressão expiratória positiva Flutter e Acapella - Refletir sobre as vantagens, indicações, contra indicações, recomendações especiais, limpeza e desinfeção dos dispositivos 	Expositivo Demonstrativo Ativo	Formador: <ul style="list-style-type: none"> - Expõe os conceitos relacionados com o tema - Apresenta o equipamento - Demonstra do uso do equipamento - Fornece o equipamento aos formandos - Corrige eventuais falhas Formando: <ul style="list-style-type: none"> - Observa a execução - Manuseia o equipamento - Expõe dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de tempo - Pouca participação dos formandos 	+/- 20 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de diapositivos através de <i>DataShow</i> - Uso dos dispositivos de PEP <i>Flutter</i> e <i>Acapella</i>

Esquema da sessão (cont.)	Objetivos (cont.)	Métodos (cont.)	Papel do Formador / Formando (cont.)	Dificuldades antecipadas (cont.)	Duração (cont.)	Materiais (cont.)
Conclusão	- Promover uma cultura para a capacitação dos profissionais na manutenção e otimização destes dispositivos	Ativo Expositivo	Formador: <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento e esclarecimento de dúvidas - Realiza a avaliação através de discussão em grupo - Encerramento da sessão Formando: <ul style="list-style-type: none"> - Realiza a avaliação - Coloca questões 	- Gestão de tempo	+/- 10 Minutos	- Projeção de diapositivos através de <i>DataShow</i>

**Apêndice 11 – Diapositivos apresentados na Sessão de
Formação**

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Estágio com Relatório

Unidade de Insuficiência Respiratória

Dispositivos de Pressão Expiratória Positiva: FLUTTER e ACAPELLA

Ana Carina Oliveira Martins

orientada por :
Sr.ª Prof.ª Cristina Saraiva
Sr.ª Enf.ª Margarida Caneira

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

Objetivo Geral

- Desenvolver competências no âmbito da utilização dos dispositivos de pressão expiratória positiva (PEP) Flutter e Acapella.

Objetivos Específicos

Que no final da sessão os enfermeiros da UIR sejam capazes de:

- Reconhecer os dispositivos de PEP Flutter e Acapella.
- Identificar as vantagens, indicações, contra indicações ou recomendações especiais destes dispositivos.
- Otimizar a utilização destes dispositivos.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

FLUTTER

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Dispositivo tipo "cachimbo de haste curta", de plástico, que auxilia na remoção do muco, ajudando a desprender as secreções profundas e aderentes.



Fonte: <http://www.santamedical.com/products/flu-200.htm>

Constituição: esfera de aço inoxidável de alta densidade que repousa num cone circular, coberto por uma tampa removível perfurada.



Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

A presença da esfera de metal resulta numa resistência variável ao fluxo aéreo que gera ondas oscilatórias de alta frequência, com consequente aumento da pressão endobrônquica em função do fluxo expiratório aplicado na peça bucal (que constitui o corpo do dispositivo) e da angulação do mesmo.




Fonte: <http://www.santamedical.com/products/flu-200.htm>

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Como funciona?

- A vibração originada nas vias aéreas durante a fase expiratória, destaca o muco das suas paredes.
- A pressão endobrônquica que aumenta de forma intermitente auxilia a manutenção das vias permeáveis durante a expiração.
- O fluxo expiratório acelerado produzido, facilita o movimento ascendente do muco através das vias aéreas, de forma a ser mais facilmente expulso.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Indicação: hipersecreção brônquica

- DPOC
- Fibrose Quística
- Asma

Patologias respiratórias que condicionam a retenção de secreções

CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Técnica: 1ª etapa – Mobilizar o muco

- Assumir a posição e uma postura adequada, confortável e relaxar.
- Inspirar lentamente ultrapassando o volume corrente mas sem atingir a capacidade inspiratória máxima.
- Colocar o flutter na boca, na posição horizontal, ajustando os lábios à sua volta.
- Suster a respiração durante um ou dois segundos, fechando firmemente os lábios em torno do bucal.
- Expirar normal e profundamente através do flutter. A expiração deve ultrapassar ou atingir o volume de reserva expiratória mas sem chegar ao volume residual.
- Evitar tossir e repetir os passos anteriores 10 a 15 vezes.



Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Técnica: 2ª etapa – Expelir o muco

1. Inspirar lentamente até atingir a capacidade inspiratória máxima.
2. Sustentar a ventilação durante 2 a 3 segundos.
3. Colocar o flutter na boca ajustando os lábios à sua volta.
4. Expirar rapidamente e com o máximo esforço através do flutter até atingir o volume residual.
5. Repetir os passos anteriores mais 1 ou 2 vezes.
6. Tossir ou realizar huff, seguido de um período de respiração diafragmática antes de repetir o processo.
(Não esquecer de fornecer lenços de papel!)
7. Repetir esta sequência mais 4 a 6 vezes não excedendo o tempo total de 20 minutos.
8. Limpar e guardar o flutter num local limpo e seco.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Os resultados da sua utilização dependem da frequência e duração de cada sessão e podem ser potencializados quando o seu uso ocorre nas primeiras horas da manhã ou ao final do dia.

ABREU (2003), citado por CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Os potenciais problemas relacionados ao uso do flutter são:

- Tosse pela mobilização das secreções, mas que ainda não se conseguem expelir ➡ respirar mais lentamente ou não expirar completamente.
- Incapacidade em sentir as vibrações no tórax ➡ alterar o ângulo e a velocidade da expiração.
- Dor torácica ➡ respirar mais lentamente e parar de utilizar o dispositivo se a dor persistir.
- Hemoptises ➡ parar de utilizar o dispositivo.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

Contra Indicações:

- Hemoptises
- Pneumotórax
- Patologia cardíaca associada
- Enfisema pulmonar

CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

FLUTTER

 1º Lavar as mãos.

Limpeza:

- A seguir a cada sessão.
- Separar as peças e passá-las por água corrente, secar numa toalha limpa.
- Montar novamente.
- Guardar em local limpo e seco.
- Proceder a uma limpeza mais profunda a cada 2 dias, numa solução com água e sabão ou detergente.
- Não usar cloro ou lexívia.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA



Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

Dispositivo de ajuda utilizado na limpeza das vias aéreas, bidireccional de pressão expiratória positiva (PEP) com assistência vibratória de alta frequência por via bucal ou máscara.



A pressão expiratória é fluxo-dependente.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

- Constituição: peça bucal removível, acoplada a uma estrutura rígida, cuniformal, com uma válvula bidireccional e uma resistência de ajuste manual.
- Tem duas cores padronizadas:

Azul – de baixo fluxo (inferior a 15l/min) e descartável




Verde - de alto fluxo (superior a 15l/min) e reutilizável

Fonte: <http://www.ahdinternational.com/products/pepa-pdp/pepa-pdp-manual.pdf>

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA



- ✓ é possível ajustar a frequência e a resistência ao fluxo, pelo posicionamento do anel.
- ✓ é portátil.
- ✓ de fácil utilização, na posição de sentado, em pé ou deitado.
- ✓ auto administrado pela própria pessoa que faz os ciclos respiratórios sem retirar o dispositivo da boca.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

Indicação: hipersecreção brônquica

- DPOC
- Fibrose Quística
- Asma
- Patologias respiratórias que cursam com hipersecreção brônquica

CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

Técnica:

- ✓ Ensinar a pessoa a respirar lenta e profundamente, com volumes pulmonares entre a capacidade residual funcional (CRF) e a capacidade pulmonar total.
- ✓ A respiração deve ser sempre realizada à CRF, sem realizar contração ativa dos músculos abdominais.
- ✓ Pausa inspiratória de 2-3 segundos, para potencializar o efeito da técnica.
- ✓ 10 a 20 inspirações e expirações seguidas de 3 a 4 séries de *huffing* e tosse.

CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

Recomendações especiais:

- Hemoptises
- Epistaxis
- Pneumotórax não drenado
- Instabilidade hemodinâmica
- Intolerância ao trabalho respiratório, com incapacidade de tolerar um esforço respiratório acrescido
- PIC > 20mmHg
- Traumatismos e cirurgias da face ou esófago recentes
- Ruptura timpânica (ou suspeita de) ou outra patologia do ouvido médio
- Sinusite aguda
- Náuseas

CORDEIRO e MENOITA (2012)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA



1º Lavar as mãos.

Limpeza:

- Mergulhar ou as 2 peças do acapella ou as 4 peças do acapella choice em água morna e sabão.

A ensinar ao doente:

- Pode-se utilizar um detergente líquido, misturando 2 colheres de sopa de detergente num litro de água.
- Lavar cuidadosamente, de preferência, com água estéril (fervida durante 5 minutos).
- Deixar as peças a secar ao ar.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

Desinfecção:

- Ferver as peças em água a 100°C até 2 vezes por dia durante 5 minutos.
- Pode-se utilizar solução álcool 70%, durante 5 minutos, 2 vezes ao dia e posteriormente passar por água estéril.
- Pode-se utilizar peróxido de hidrogénio a 3% durante 30 minutos e posteriormente passar por água estéril.
- Pode-se utilizar glutaraldeído.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

ACAPELLA

- O *acapella* NÃO PODE ser levado à autoclavagem, lexívia, microondas ou máquina de lavar louça automática.
- O *acapella choice* PODE ser levado à autoclavagem desde que a temperatura não exceda os 136º, num máximo de 30 ciclos; PODE ir à máquina de lavar louça automática, devendo as peças ser colocadas na prateleira de superior.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

Comparando o Flutter e o Acapella

- O Acapella faz uma onda de vibração menos consistente no dispositivo de baixo fluxo, mas mais consistente que o Flutter na vibração de alto fluxo.
- O Acapella produz uma gama mais ampla de PEP.
- São dispositivos de pressão expiratória positiva com características de desempenho similares.
- O mecanismo de funcionamento do Acapella não é dependente da gravidade, isto é, posicionalmente dependente, sendo por isso mais fácil de ajustar/adaptar.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA



Questões?

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

BIBLIOGRAFIA

- CORDEIRO, Maria do Carmo Oliveira e MENOITA, Elsa Cristina Paz C. (2012) – **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas**. Loures: Lusocência. ISBN: 978-972-8930-86-8.
- <http://www.nucosmedhospitalar.com.br/visualizarProduto.php?IdProduto=209>. Acedido em 2012/11/24
- <http://www.volsko.com.pt/venda/producao/paula-medicina-belleza/equipamentos-hospitalares/acaella-handout-sistema-pressao-expiratoria-positiva-vibratoria-acaella-389922>. Acedido em 2012/11/24
- http://www.whetamedical.com/products/index.php?main_page=product_info&Path=6&products_id=190. Acedido em 2012/11/24
- http://www.whetamedical.com/products/index.php?main_page=product_info&products_id=191. Acedido em 2012/11/24
- NATIONAL HEALTH SERVICE (2012) - Guidelines for provision and use of the flutter valve – **Controlled Document**. Derby City . n.º 2.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

BIBLIOGRAFIA

- SMITHS MEDICAL - **[Folheto explicativo]** Dispositivo vibratório de PEP acapella® choice. Acessível no Serviço de Pneumologia II do Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal.
- SMITHS MEDICAL - **[Folheto explicativo]** Sistema de Terapia de Pressão Expiratória Positiva (PEP) Vibratório acapella®. Acessível no Serviço de Pneumologia II do Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal.
- ST. JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL (2003) - Positive expiratory pressure (PEP) therapy. **St. Jude Acapella handout**. Memphis.
- UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I (Apontamentos). Prof. Cristina Saraiva e Prof. José Pinto Magalhães. ESEL, 2012.
- VEIGA, J. et al (2008) - Efeito do Flutter® VRP1 na mecânica respiratória de indivíduos saudáveis e portadores de DPOC, asma e bronquite crónica. **Pulmão RJ**. Rio de Janeiro. Vol.17, n.º1, p. 18-21. ISSN: 1415-4315. Disponível em: http://www.sopijr.com.br/revista/2008_17_1/04.pdf, a 02/11/2012

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Dispositivos de PEP: FLUTTER e ACAPELLA

BIBLIOGRAFIA

- VOLSKO, Teresa A., D'FIORE, Julian M., CHATBURN, Robert L. (2003). Performance Comparison of Two Oscillating Positive Expiratory Pressure Devices: Acapella Versus Flutter. **Respiratory Care**. Cleveland. Vol.48, n.º 2, p.124-130. ISSN: 0020-1324. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/jrc/rc/2003/00000048/00000002/art00005>, a 02/11/2012
- ZELER FARMACÉUTICA, LDA - **[Folheto explicativo]** Flutter: Dispositivo para eliminação do muco e limpeza brônquica - Instruções de Uso. Queluz. Acessível no Serviço de Pneumologia II do Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal.

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

Obrigada !



www.esel.pt

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

Apêndice 12 – Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: DISPOSITIVOS DE PRESSÃO EXPIRATÓRIA POSITIVA FLUTTER E ACAPELLA

LOCAL: Sala de Trabalho de Enfermagem – Unidade de Insuficiência Respiratória

1. Relativamente ao período de tempo no qual decorreu a sessão, considera que:

- ☐ Foi adequado
- ☐ Não foi adequado.

Sugestões: _____

2. Considera que o tema abordado na sessão de formação em serviço realizada foi:

- ☐ Muito pertinente
- ☐ Pertinente
- ☐ Pouco pertinente
- ☐ Nada pertinente

Outra: _____

3. A metodologia utilizada na apresentação do tema foi:

- ☐ Muito pertinente
- ☐ Pertinente
- ☐ Pouco pertinente
- ☐ Nada pertinente

Outra: _____

4. Esta sessão foi importante para a sua prática profissional?

- ☐ Sim. É possível aplicar os conhecimentos na sua prática diária.
- ☐ Não. Porquê?

5. Sugira alguns temas que gostaria de ver abordados em futuras sessões:

DATA: 29 de Novembro de 2012

Obrigado pela sua colaboração

Enf. Ana Carina Martins (CPLEER - ESEL)
UIR

**Apêndice 13 – Jornais de Aprendizagem realizados no
HDIR**

Apoio Domiciliário a Insuficientes Respiratórios – HDIR

Durante esta semana tive oportunidade de participar em sete visitas domiciliárias a doentes insuficientes respiratórios, as quais se realizam no Apoio Domiciliário a Insuficientes Respiratórios (ADIR), sendo que três delas foram a doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), dois dos quais submetidos a ventilação não invasiva (VNI).

A visita domiciliária ao doente insuficiente respiratório, agendada previamente com o doente e família, contribui para um acompanhamento do doente crónico, ajudando-o no controlo e gestão da sua doença, mais ainda perante as dificuldades sentidas, que limitam o acesso ao hospital dia, uma vez que o enfermeiro vai ao seu encontro e a consulta de enfermagem é realizada no ambiente domiciliar do doente. Permite também levantar problemas relativos às necessidades do doente no que diz respeito à adaptação ao seu domicílio e muitas vezes resolvê-los *in loco*. Por outro lado, ao integrar no domicílio as terapêuticas realizadas em contexto hospitalar, como a oxigenoterapia de longa duração, a ventilação mecânica domiciliária e a aerossolterapia, é possível diminuir os custos hospitalares, bem como diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida do doente, permitindo que este seja capaz de ser mais autónomo no autocuidado (AC) e ainda promovendo a sua reintegração sócioprofissional.

O doente insuficiente respiratório ao qual são realizadas visitas domiciliárias deve estar familiarizado não apenas com a equipa que o visita, como também com os equipamentos de que necessita.

Os meios e equipamentos necessários ao doente insuficiente respiratório para uso no domicílio são prescritos pelo médico e obedecem a normas estabelecidas. Eles devem estar disponíveis e são fornecidos por empresas creditadas e contratadas, cujos técnicos credenciados devem proceder à

manutenção dos equipamentos e prestar um serviço de qualidade, o qual inclui ainda o esclarecimento e ensino continuados destes doentes e suas famílias.

Desta forma, também assim, ao trabalhar lado a lado com o doente na gestão da sua doença, o enfermeiro vai também tendo um maior e melhor conhecimento destas empresas, seus materiais e equipamentos e, em conjunto, devem informar e esclarecer o doente e família, promovendo a sua saúde respiratória.

O doente deve ser devidamente informado e esclarecido. Ao mesmo deve ser confinado poder e autonomia de forma a ter um papel mais ativo, participativo na gestão da sua doença respiratória crónica, tornando-se um parceiro relacional numa equipa de saúde que engloba uma série de profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para poder participar, o doente insuficiente respiratório, como seja o doente com DPOC, deve desenvolver comportamentos de adaptação à sua doença crónica, aderir ao esquema terapêutico instituído, estar atento aos sinais de alteração da gravidade da doença, executar corretamente as técnicas inalatórias, cumprir a medicação, inclusive nos casos de exacerbação da sintomatologia.

Desta forma, é necessário ensinar e treinar o doente, com base num programa de educação que integre a informação sobre a doença, a prevenção e o tratamento das complicações e uma modificação comportamental (como a cessação tabágica).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação surge aqui como um profissional privilegiado capaz de promover o AC do doente com DPOC. Assim, em minha opinião, torna-se importante a sua inclusão na prestação de cuidados domiciliários ao doente insuficiente respiratório.

A oxigenoterapia de longa duração (OLD) consiste na administração de oxigénio, usualmente a baixo débito, por um período igual ou superior a 15 horas/dia, ou apenas durante o período noturno com vista à melhoria da sintomatologia e das manifestações de hipoxia do doente.

Nas visitas domiciliárias realizadas e relativamente à OLD foi possível verificar que esta constitui uma limitação ao quotidiano do doente, pelo número

de horas que estes dependem da oxigenoterapia influenciando diretamente a sua adesão à terapêutica, verificando-se que os doentes sintomáticos aderem com mais facilidade pelos benefícios imediatos da OLD.

Na visita domiciliária o enfermeiro faz uma avaliação da oxigenoterapia, aferindo o débito de oxigénio no sono, no repouso, no esforço, conferindo com o doente o que este faz de acordo com a prescrição médica (cumprimento da dose e do tempo estabelecidos); a forma de oxigénio disponível (gasoso por garrafa ou concentrador, líquido), assegurando a sua utilização com segurança e eficácia.

O oxigénio líquido por concentrador portátil permite ao doente deambular, contribuindo para uma melhor integração familiar e social. Assim, verifiquei que nas sete visitas que realizei, todas as doentes sob OLD, havia disponível oxigénio líquido portátil. Contudo, nem todos estes doentes saem de casa, pelo que se levantam as questões: Será realmente necessário que estes doentes tenham ao seu dispor esta terapêutica, uma vez que não lhe dão uso? Não se estará a promover gastos na saúde que poderiam ser evitados? Poderia este equipamento estar a ser utilizado por outro doente que necessita e que lhe daria realmente uso?

O enfermeiro, na visita domiciliária, questiona o doente acerca da atividade física realizada, nomeadamente se também sai à rua (pela possível necessidade de oxigénio líquido, caso careça de oxigénio no esforço); terapêutica farmacológica utilizada (qual, o seu cumprimento, dificuldades na gestão, na administração, que deve estar ajustada de forma poder alterar a progressão da doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida); quais os exames realizados e os marcados; as consultas marcadas ainda por realizar.

O enfermeiro avalia ainda a saturação de oxigénio periférica em repouso com oxigénio, em repouso sem oxigénio e durante a realização da VNI.

Na visita domiciliária é possível o enfermeiro avaliar a eficácia da VNI, motivar o doente para a sua adesão, dar apoio familiar, levantar a necessidade de reabilitação respiratória (determinada pelos sintomas, pela incapacidade e desvantagem resultantes da doença) a realizar no departamento de reabilitação, enfim, dar resolução aos problemas existentes.

A VNI domiciliária tem como objetivos melhorar a função física e fisiológica do doente, prolongando a sua vida, diminuindo a morbilidade e aumentando a sua qualidade de vida, promovendo um ambiente que desenvolva as suas capacidades, ao mesmo tempo que visa melhorar a relação custo benefício.

Para o uso desta modalidade terapêutica pelo doente no domicílio, o enfermeiro que realiza as visitas domiciliárias deve ter conhecimento da situação clínica do doente, das suas condições sócio-económicas, habitacionais, área de residência, subsistema de saúde, capacidade para o AC, e motivá-lo bem como à sua família, com vista a adesão à VNI.

Não são apenas os doentes com DPOC num estágio avançado que necessitam da VNI como modalidade terapêutica, mas também outros com doenças obstrutivas, restritivas ou que não envolvam o parênquima pulmonar como deformações da caixa torácica, doenças neuromusculares, tendo eu também tido oportunidade de realizar visitas domiciliárias a estes doentes. Um deles tinha como patologia de base um síndrome de obesidade hipoventilação (SOH), outro apresentava uma cifoescoliose acentuada, um terceiro tratava-se de um doente com outro com tetraparésia há mais de 30 anos, após ter sido vítima de acidente de viação do qual resultou uma lesão medular alta. Os dois últimos residem sozinhos, o primeiro tem algum apoio familiar de irmãs, o segundo tem, para além de apoio domiciliário prestado por uma entidade da comunidade, o apoio da filha que o visita diariamente, por volta das 21h, quando sai do trabalho e antes do seu regresso a casa (onde a sua família nuclear, com filhos pequenos, a espera) essencialmente com o objetivo de conetar e adaptar o pai ao ventilador.

É função do enfermeiro que realiza as visitas domiciliárias aos doentes submetidos a VNI identificar as suas necessidades de AC terapêutico, planear a sua intervenção, intervir de forma a promover a adaptação do doente à VNI e avaliar as suas intervenções, procedendo a uma correta monitorização da ventilação do doente.

Cabe também ao enfermeiro fazer uma avaliação do estado nutricional do doente insuficiente crónico e como é realizada a alimentação, ensinando-o a praticar uma alimentação saudável, podendo haver necessidade de alterar alguns hábitos alimentares consoante a presença de queixas como edemas

dos membros inferiores, cansaço relacionado com excesso de peso, emagrecimento.

O doente pode ainda manifestar ansiedade, depressão, isolamento, pelo que o enfermeiro deve estar desperto para tal.

A ansiedade relaciona-se com a dispneia que leva a que o doente com DPOC evite o esforço físico, o que acentua a intolerância à atividade física, estabelecendo-se o ciclo vicioso da dispneia.

A depressão está frequentemente associada à dificuldade que o doente com DPOC apresenta para a realização do seu AC, pela incapacidade em realizar determinadas tarefas diárias e o esforço exigido para ajustar-se a essa mesma incapacidade, necessitando assim de um agente de AC (um familiar, por exemplo), reforçando o seu sentimento de incapacidade e contribuindo para a diminuição da sua autoestima.

Nas visitas domiciliárias realizadas deparei-me com pessoas facilmente irritáveis, que apresentam dificuldade em dormir, adormecendo tarde e acordando diversas vezes durante a noite, mesmo as que não fazem VNI no período noturno.

Visitei pessoas divorciadas, uma ainda a viver na mesma casa que a ex-mulher (embora não maritalmente), pelas dificuldades económicas (que não lhes permites ter uma vida separada, em que cada um paga uma casa e as despesas daí decorrentes). Algumas pessoas ainda casadas, com apoio do cônjuge, mostrando-se este o agente do AC que colmata os défices de AC apresentados pelo doente.

A pessoa com DPOC num estágio mais avançado da doença pode apresentar limitação física para a realização das atividades de vida diária, mas também limitações nas relações afetivas, conjugais e sexuais, no lazer e no exercício profissional.

Nas visitas domiciliárias que realizei deparei-me com pessoas que não saem de casa há mais de um ano. Justificam tal verdade pela dificuldade em andar, pelo cansaço que apresentam, levando à necessidade de paragens frequentes mesmo quando percorrem pequenos percursos. Associado a isso, estes doentes apresentam aparente diminuição da autoestima, apresentando défice

nos cuidados de higiene, tendo uma aparência pouco cuidada ou mesmo descuidada.

Estes doentes manifestaram também algum cansaço apresentado pelo agente de AC, geralmente familiar próximo (cônjuge, descendente direto). Todavia, estes agentes de AC não deixam de ser pessoas que continuam a ter uma vida ativa na sociedade e outras tarefas na vida pessoal, familiar, social, profissional, que os levam a ter pouca disponibilidade ou a não dispensar o tempo pretendido para e pelo seu familiar com doença crónica.

Perante tal importa que o enfermeiro esteja desperto para todos estes aspetos, de forma a poder ajudar o doente e sua família na gestão da sua doença.

Após as visitas domiciliárias que decorreram esta semana, e como as mesmas terminavam por volta da hora do almoço, tive a oportunidade de ver e participar em provas de marcha de 6 minutos para futura aferição do débito de oxigénio em esforço, fazer ensino relativo à terapêutica realizada em ambulatório (nomeadamente a inaloterapia).

A inaloterapia pode ser realizada utilizando uma grande diversidade de dispositivos, cuja escolha depende do grau de instrução, de colaboração, da idade do doente, bem como da sua adaptação ao dispositivo, da destreza, da coordenação mão-pulmão, bem como do estado clínico do mesmo no momento. O fundamental na inaloterapia é demonstrar ao doente a técnica correta com treino de utilização, para que o doente o utilize eficazmente, transmitir a informação sobre os efeitos de cada fármaco utilizado, bem como as normas de limpeza e desinfeção dos diferentes dispositivos.

As visitas domiciliárias no HDIR são realizadas por enfermeiras generalistas que, na minha opinião e de acordo com o tempo dispensado para a realização destas mesmas visitas, cumprem os objetivos, dando resposta às necessidades dos diferentes doentes.

Contudo, considero que seria uma mais valia para o doente crónico, nomeadamente o doente com DPOC, a presença de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com competências específicas, capaz de contribuir também para uma melhor qualidade de vida do doente, do seu bem estar, esclarecendo e supervisando o doente e família, ensinando o

doente a gerir os seus problemas respiratórios, numa fase da doença o mais precoce possível, através de um programa de reabilitação respiratória, aliviando os sintomas de dispneia, prevenindo exacerbações e/ou reinternamentos, melhorando a funcionalidade, promovendo a autonomia do doente e aumentando a sua participação social, traduzindo-se em ganhos efetivos para a saúde do doente e família.

No domicílio do doente seria possível ensinar ao doente e família (cuidador principal) os exercícios respiratórios a realizar, técnicas de conservação de energia e de fortalecimento muscular, ajudar na gestão da terapêutica, ensinar sobre fatores de risco, bem como para ajudar na eliminação de barreiras arquitetónicas, atividades estas que se traduzem em ganhos na qualidade de vida do doente e família, contribuindo também para a redução de episódios de agudização da doença, travando a progressão da doença e, consequentemente, o agravamento do estado geral de saúde do doente.

Para poder intervir eficazmente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve proceder a um exame objetivo e rigoroso do doente (acerca da história respiratória, avaliação física, avaliação da qualidade de vida, tolerância ao esforço, avaliação psicológica, exames complementares de diagnóstico), motivá-lo e à sua família e planear adequadamente as atividades a realizar. A sua intervenção passa por promover a adaptação do doente e sua família à doença e a aquisição de competências para o autocontrolo da doença, favorecendo a aquisição de hábitos de vida saudáveis, de forma a prevenir a progressão da doença, diminuir a dificuldade respiratória e outros sintomas associados, aumentar a tolerância ao esforço, reduzir a ansiedade e depressão, melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diária, melhorar a qualidade de vida do doente e sua família.

É possível ainda obter informações relativas à situação de doença do doente do HDIR através do livro próprio que o deve acompanhar sempre às consultas, à urgência, nos internamentos, e onde o enfermeiro que realiza a visita domiciliária elabora os seus registos, dando também aqui visibilidade ao trabalho realizado.

Sala de Ventilação Eletiva

No dia 11 de Dezembro dei início ao meu estágio na Sala de Ventilação Eletiva (SVE), sob a orientação da [REDACTED]

Neste primeiro dia tive oportunidade de rever o espaço físico do serviço, conhecer o circuito do doente, nomeadamente o serviço onde se realiza a polissonografia e o serviço de internamento. Tive um primeiro contato com os doentes seguidos na SVE, com diferentes ventiladores utilizados, máscaras e outros acessórios (como apoios de queixo), bem como com os documentos utilizados para a realização dos registos de enfermagem.

Eu e a Sr.^a Enf.^a [REDACTED] conversámos sobre a VNI, a importância do seguimento do doente submetido a VNI, os cuidados de enfermagem realizados na SVE.

Os doentes que chegam à SVE iniciam, reveem e otimizam o seu tratamento com VNI para o domicílio, aferindo débitos de oxigénio, detetando e, se e quando possível, substituindo o equipamento danificado (pelo que é importante verificar as condições do ventilador, incluindo filtros, bem como dos acessórios), sendo aqui realizadas consultas de follow-up com monitorização de oximetrias noturnas, que obrigam a internamentos de 24 a 48 horas.

Nesta sala tive oportunidade de desenvolver as atividades realizadas pelo enfermeiro de reabilitação que aqui exerce funções, como sejam o acolhimento individualizado do doente/família, perceber quais as suas dúvidas e dificuldades e procurar, em conjunto, formas exequíveis de as resolver, ajudar o doente ensinando-o e incentivar à adesão terapêutica.

Quando o doente sob VNI chega à SVE, o enfermeiro verifica desde logo não só as condições do seu equipamento como também os diferentes parâmetros como: IPAP, EPAP, FR, IAH, IA, IH, horas de adesão por dia, semana, mês e ano, rampa, pressão inspiratória máxima, pressão inspiratória mínima, fugas de ar; é importante pedir posteriormente ao doente para que coloque a interface, afim de detetar possíveis falhas ou erros na sua colocação, diminuir fugas de ar, efeitos secundários, promover o conforto do doente no uso da VNI, contribuindo assim para a adesão terapêutica.

O ensino relacionado com a VNI engloba informar o doente acerca do tipo de ventilador que este possui, seja ele CPAP, Auto-CPAP ou BiPAP, como funciona e quais os cuidados a ter na sua manutenção, bem como relativamente aos diferentes acessórios do ventilador como a interface, o arnês, os apoios de queixo estreito e largo (sua utilização e cuidados a ter na manutenção e limpeza), os efeitos secundários do uso de VNI, as possíveis complicações, como resolver os possíveis problemas.

Apesar de ter tido oportunidade de acompanhar o percurso do doente em consulta de follow-up com monitorização de oximetrias noturnas, com internamento de 24 horas e, assim, proceder às alterações dos parâmetros do VNI necessárias para um correto tratamento para o tempo passado na SVE mostrou-se curto para tanta informação pertinente a reter, pelo que senti necessidade de pesquisar e estudar e de embeber todo o conhecimento oferecido pela enfermeira orientadora, que se revelou uma perita na matéria.

Nos dias 12 e 13 aprendi a desbloquear, bloquear e percorrer diferentes menus de diferentes ventiladores, a retirar as informações necessárias, a relacioná-las com os valores gasimétricos e queixas apresentados pelo doente e a alterar os parâmetros para o correto tratamento do doente.

Uma vez que também no serviço onde realizo as minhas funções de enfermeira presto cuidados a doentes submetidos a VNI, tentei ao máximo tirar partido destes três dias para desenvolver a minha atuação para com os doentes submetidos a este tratamento. Considero que, embora ainda longe de ser uma perita em VNI, consegui neste estágio desenvolver competências de enfermeiro especialista de reabilitação ao doente com DPOC submetido a VNI.

**Apêndice 14 – Jornais de Aprendizagem realizados na
URFR**

Período entre 1 e 12 de Outubro de 2012

Para que serve um jornal de aprendizagem?

É minha pretensão, com este jornal de aprendizagem, refletir criticamente sobre algumas experiências que vivi ao longo deste período do meu estágio na

enquanto pessoa, estudante, enfermeira e futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), bem como enquanto observadora do papel desempenhado pelo EEER na URFR.

Considero que este jornal de aprendizagem permite uma estimulação não só ao nível reflexivo, como também ao nível da consciencialização do próprio, contribuindo para uma estruturação pessoal do conhecimento, facilitando a própria compreensão dos processos de ensino-aprendizagem, permitindo partilhar experiências vividas e ajudando na elaboração do relatório final de estágio.

Desta forma, tentarei aqui, nestas páginas, expor as situações que foram mais significativas para mim, as emoções e os sentimentos que emergiram destas mesmas situações, refletir criticamente sobre a prática, envolver-me, tendo um papel ativo no meu percurso de ensino-aprendizagem, podendo contribuir para processos de mudança em torno de uma prática reflexiva. (...)

As experiências vividas...

Conhecer as instalações da URFR e como esta funciona, os recursos humanos e materiais, integrando-me progressivamente na dinâmica da equipa multidisciplinar, assumindo progressivamente o papel de enfermeira de reabilitação, mostra-se fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade e contribui também para uma satisfação pessoal.

Senti que a equipa acolhe agradavelmente os alunos de enfermagem (que se mostram em número elevado neste serviço), tendo-me feito sentir, de certa forma, como elemento pertencente ao serviço, embora novo, recente!!

Parece-me que talvez seja a frequência com que atualmente os alunos da especialidade de enfermagem de reabilitação passam pela URFR, que os tornam familiares e como que pertencentes ao próprio serviço. Apesar de à partida até pensar que o facto de estarem dois alunos com o mesmo orientador poderia não ser benéfico e limitar-me o número de experiências, tal tem-se mostrado uma vantagem por permitir uma troca de outras e diferentes experiências e de conhecimento, enriquecendo a discussão das diferentes situações com que me vou deparando.

Quanto ao “pôr a mão na massa”, torna-se uma questão de criar e de tirar proveito de todas as oportunidades que vão surgindo e agradecer aos doentes por me aceitarem tão bem neste meu percurso de desenvolvimento profissional, de aprendizagem.

A URFR é um serviço com algumas particularidades e bastante diferente da realidade a que estou habituada. Os enfermeiros que aqui exercem funções são todos EEER, pelo que todos eles proporcionam, na sua prática diária, oportunidades de aprendizagem para mim, enquanto futura enfermeira de reabilitação. A interação e reflexão em conjunto com os diferentes enfermeiros de reabilitação e também com a médica do serviço, no sentido do esclarecimento de dúvidas e na busca de melhor qualidade na prestação de cuidados parece-me de extrema importância. Aproveitar estes momentos conduz-nos a uma prática reflexiva, na ação e sobre a ação, a qual valorizo diariamente na minha prática, embora assista a muitas falhas na sua concretização. Talvez se pense que não há tempo para se criarem oportunidades, porque torna-se complicado reunir vários profissionais para em conjunto refletirem e discutirem os casos práticos... Na realidade acredito que se todos nos esforçarmos um pouco podemos tirar mais proveito dos diversos conhecimentos que todos possuímos e, em conjunto, contribuir também uma prática de cuidados de qualidade, que vise a promoção da saúde, do bem estar, do autocuidado (AC), da autonomia do doente.

Tive oportunidade de aprender mais sobre imagiologia, mais especificamente relativamente à radiografia torácica e tomografia axial computadorizada (TAC) torácica, quando num final de turno a Dr^a [REDACTED], médica do serviço, teve a amabilidade de partilhar connosco um pouco dos seus conhecimentos na área. Nesta sessão podemos também discutir alguns casos de doentes do serviço, o que foi muito enriquecedor.

O ritmo de trabalho na URFR mostra-se claramente diferente daquele que estou habituada (trabalhando eu num serviço de urgência!) – o que não é inesperado (pois foi desde o logo depreendido nas aulas teóricas...) e é bastante evidente que reabilitar exige tempo e disponibilidade para estar com o outro. É quase que “pôr um travão” há minha habitual prática de cuidados, partir para outra realidade e para outra forma de prestação de cuidados, aqui nos sentido de ajudar o outro a aprender a viver com a sua deficiência ou incapacidade, aceitando-a mas não passivamente, lutando de forma a ser ele o seu próprio agente de AC.

Mas porque precisamos de mais tempo para estar com esta pessoa que necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação, não quer dizer que, no fundo, trabalhemos menos! Também aqui se vê que o tempo urge e que seria tão bom se tivéssemos mais tempo ou fôssemos mais para poder proporcionar a todos os que precisam os benefícios da enfermagem de reabilitação.

A importância que os doentes atribuem aos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação revelou-se logo no dia 2 de Outubro, quando um doente internado com o qual íamos ter, mas que na altura ía fazer fisioterapia, se mostrou mais interessado nos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação, arranjando forma de poder usufruir de ambos, sem prejuízo de um ou de outro, revelando a premência de ter mais uma sessão de RFR antes da alta para o domicílio, naquele mesmo dia.

Novamente noutro serviço de internamento, um doente referiu a importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação e revelou o ensino que lhe tinha sido feito, que ía repetindo durante o dia e os benefícios que os exercícios lhes traziam.

A diversidade de situações com que me vou deparando e a sua complexidade alerta-me constantemente para a necessidade de alargarmos o

nosso leque de conhecimentos, de relacionar os diferentes aspetos como seja a idade do doente, o diagnóstico, os valores laboratoriais, a imagiologia, os antecedentes pessoais, a terapêutica que efetua, para poder estabelecer um plano de intervenção adequado aquela pessoa. Algumas situações vivenciadas neste estágio alertaram para a necessidade de realmente conhecer a pessoa para poder então estabelecer um plano de intervenção, que por vezes inclui a mobilização de outras pessoas, de outros recursos, indo para além de nós próprios, enfermeiros de reabilitação.

A avaliação inicial do doente é fundamental, bem como também é importante conhecer o doente colhendo dados em fontes como o seu processo clínico e os enfermeiros que habitualmente lhe prestam cuidados, que estão com ele 24 horas por dia quando internado. Da mesma forma, é importante partilharmos a nossa avaliação e os cuidados de reabilitação prestados com os outros profissionais do serviço de internamento, nomeadamente enfermeiros e médicos, tendo em conta a individualidade de cada doente e as suas exigências de AC. Esta partilha passa não apenas pela informação verbal não escrita que fornecemos antes de sairmos do serviço, mas também deveria estar presente na forma escrita, acessível aos enfermeiros e aos médicos que cuidam daquele doente.

Torna-se vantajoso poder acompanhar uma enfermeira, embora se tenha mostrado difícil fazer o acompanhamento frequente dos doentes em internamento. Tal deve-se ao facto de se tratar de uma equipa de enfermagem diminuta, que se articula entre si e alterna a sua prestação de cuidados ora na unidade, ora nos vários internamentos. A prestação de cuidados nos internamentos envolve uma a planificação prévia da ordem pela qual se vai aos serviços, pois o [REDACTED] é uma instituição grande, com serviços de internamentos dispersos e acessíveis a partir de diferentes elevadores, tornando elevado o tempo dispendido no percurso entre os vários serviços. Mais ainda, a prestação de cuidados de reabilitação vê-se por vezes afetada por outros cuidados de saúde que o doente internado necessita e recebe, obrigando o enfermeiro da URFR a reformular o seu plano inicial.

A dificuldade em fazer um acompanhamento de um doente internado traduziu-se, a meu ver, no plano de cuidados realizado, no qual tive dificuldade

em realizar a avaliação das intervenções de enfermagem preconizadas, pelo tempo que não tive oportunidade de usar com o doente em questão.

Desta forma, considero que talvez seja mais proveitoso, neste serviço, realizar um plano de cuidados para um doente externo, de ambulatório, que esteja a cumprir um programa de reabilitação, uma vez que é com estes doentes que tenho tido mais oportunidades de contato para a prestação de cuidados.

Uma necessidade sentida e manifestada por enfermeiros do serviço, nomeadamente pela [REDACTED] e pela [REDACTED], foi a criação de um panfleto para a consulta de fibrose quística, nomeadamente para as pessoas que transitam da consulta de pediatria para a consulta de adultos que se realiza na URFR. É minha pretensão, durante a terceira semana de estágio, contribuir para concretização deste projeto.

Período entre 15 e 19 de Outubro de 2012

Encontro-me agora na segunda metade deste primeiro estágio.

Apesar de muitos dos doentes (principalmente os externos que, em ambulatório, recorrem à URFR) terem conhecimento e serem capazes de cumprir, com mais ou menos autonomia, o seu programa de reabilitação respiratória, cabe ao enfermeiro de reabilitação não só fazer as correções necessárias, como também esclarecer as dúvidas existentes e ajudar o doente a adaptar-se da melhor forma à sua condição de vida, ajustando a terapêutica, a cinesiterapia respiratória, o exercício físico, a alimentação, a todos os outros aspetos da sua vida diária. Nestes momentos de partilha que acontecem entre enfermeiro e doente, surgem por vezes sentimentos de medo, ansiedade, incerteza, solidão... Cabe ao enfermeiro ajudar o doente a desmistificar medos, diminuir a ansiedade, esclarecer o doente a ajudá-lo a arranjar alternativas para combater essa solidão.

Estas semanas trouxeram também para mim experiências novas, nomeadamente a possibilidade de poder assistir e participar na consulta de fibrose quística que decorre às quintas-feiras.

Esta consulta envolve uma equipa multidisciplinar, englobando a pessoa com fibrose quística, o seu acompanhante (familiar, amigo próximo...), o EEER, o médico pneumologista e a dietista. Há ainda um fisioterapeuta em regime de voluntariado. Também é possível o encaminhamento do doente para o assistente social, se tal for necessário.

Nesta consulta o enfermeiro de reabilitação esclarece as dúvidas da pessoa com fibrose quística ou do seu familiar, faz ensino relativo à terapêutica (seja ela oral, inalada, por nebulização), aos exercícios de cinesiterapia respiratória e despista erros ou falhas, ajuda a arranjar formas da pessoa se adaptar à sua doença e os cuidados a ter.

Encontra-se a decorrer a consulta de transição da Fibrose Quística, para os doentes que eram seguidos na pediatria e que por já serem maiores de idade, passam agora para a consulta de fibrose quística que se realiza na URFR. É pretensão, para os enfermeiros do serviço, principalmente os relacionados com a consulta de Fibrose Quística, a existência de um folheto relativo à mesma. Desta forma, realizei uma proposta de folheto para a consulta de fibrose quística [REDACTED].

A atuação do enfermeiro de reabilitação na URFR para com um doente com doença crónica (como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a fibrose quística, entre inúmeras outras), tem como objetivo maximizar o potencial funcional e independência física, emocional, social da pessoa com doença crónica. Para tal o enfermeiro de reabilitação deve atuar no sentido da pessoa com doença crónica / família desenvolver um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de forma a viver a sua vida com a mínima dependência, sentindo-se uma pessoa ativa, produtiva, capaz de exercer o AC, de acordo com as suas perspetivas de vida e a sua condição clínica. Ao ser definido e acordado com o doente / família o seu programa de reabilitação, este encontra aqui uma oportunidade de tratamento que tem um início, um meio e um fim, que lhe permite ter um limite de tempo no reconhecimento do seu nível de recuperação, mas que também lhe exige esforço e persistência para que desenvolva competências e capacidades, no sentido de cumprir as sessões planeadas para que atinja os resultados perspetivados.

Certo é que deslocar-se ao hospital para as sessões de reeducação funcional respiratória (RFR) exige disponibilidade, tempo, gasto de energia, custos financeiros, por vezes a mobilização de outros (familiares, amigos), o que por vezes motiva falhas ou inibe o cumprimento do programa de reabilitação.

Na URFR já tive oportunidade de constatar que não existe articulação entre o próprio serviço e os centros de saúde, dificultando, na minha opinião, o encaminhamento do doente no sentido da continuidade de cuidados.

Considero que seria importante a existência de uma parceria entre a URFR e os centros de saúde, com enfermeiros de reabilitação de referência, tornando possível a articulação entre o serviço e a comunidade, dando possibilidade aos doentes de terem acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação, principalmente na impossibilidade de se poderem deslocar à URFR.

No que consiste à aquisição de material como nebulizadores para doentes com fibrose quística, assisti à articulação do enfermeiro de reabilitação com a empresa que fornece o material, sendo que a partir daí a responsabilidade para a aquisição e manutenção do aparelho não é do enfermeiro, mas sim da empresa em questão. Na consulta de fibrose quística é atribuída responsabilidade ao doente para que contacte a empresa fornecedora sempre que considere necessário.

Até então já tive oportunidade de desenvolver atividades de RFR como: técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, reeducação diafragmática e costal, terapêutica de posição, espirometria de incentivo, ensino da tosse, drenagem postural modificada, manobras acessórias, técnicas de expiração forçada, ciclo ativo das técnicas respiratórias, aspiração de secreções, técnicas de correção postural e exercícios de mobilização torácica.

As atividades de enfermagem realizadas foram registadas com rigor técnico e científico, numa tentativa de dar visibilidade às intervenções de reabilitação, bem como foram transmitidas à equipa, de forma a envolvê-la e motivá-la na continuidade de cuidados ao doente. Saliento aqui a necessidade de se registar, no processo clínico do doente internado no serviço, as intervenções realizadas pelo enfermeiro de reabilitação da URFR. Apesar destas

informações serem comunicadas oralmente, deveriam ser registadas por escrito e estar acessíveis à equipa multidisciplinar do serviço, sempre que necessário. O que se verifica é que as atividades desenvolvidas são registadas por escrito, mas não no processo clínico do doente que permanece no serviço, ficando documentadas em folhas de registo de intervenção de enfermagem específicas da URFR.

À medida que o estágio vai avançando, dúvidas e receios vão-se desvanecendo, e com o tempo e a prática vou-me sentindo mais à vontade em diversas técnicas. Contudo, confesso que ainda não me sinto confortável na realização de manobras acessórias como as percussões e as vibrações, e considero que tenho ainda dúvidas e dificuldades na auscultação pulmonar. Acredito, no entanto, que com o avançar dos estágios e com a prática estas minhas dificuldades vão sendo superadas.

Realizei um segundo plano de cuidados, mas tal como era minha pretensão, referida no jornal de aprendizagem anterior, fi-lo relativo a um doente DPOC que cumpre programa de RFR na URFR em regime de ambulatório.

Os momentos de reflexão e partilha que acontecem todos os dias com a enfermeira orientadora, com os outros enfermeiros do serviço, com a médica, com os outros alunos da especialidade de reabilitação ajudam na consolidação dos conhecimentos e na busca constante de melhores formas de atuação, isto é, da melhoria da prática de cuidados. Contudo, certo é que o que suporta a tomada de decisão nesta prática encontra-se na teoria, na investigação, exigindo uma necessidade constante de pesquisa.

Agora que me encontro no término deste primeiro estágio, e olhando um pouco para trás, revejo-me no início do estágio e comparo-me com agora. Alegrementemente vejo uma evolução no meu à vontade para participar e na minha prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os doentes de ambulatório que recorrem à URFR para as suas sessões de RFR já me conhecem, estabelecemos uma relação empática e de ajuda que me permitiu saber um pouco mais acerca deles e “entrar” nas suas vidas, podendo, de alguma forma, influenciá-las.

Eles dizem: “Vocês aparecem e quando já nos conhecemos melhor vão-se embora.”, ao que eu respondo : “Certamente vamo-nos cruzando por aí...”

Termino este estágio acreditando que com toda a certeza que o mesmo deu-me muitos contributos para os próximos estágios, para o meu crescente desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação. Com mais tempo mais competências podiam ser desenvolvidas e mais conhecimentos consolidados, mas acredito que atingi os objetivos propostos para o tempo definido.

Apêndice 15 – Jornais de Aprendizagem realizados na UIR

Período entre 29 de Outubro e 2 de Novembro de 2012

Encontro aqui uma oportunidade de refletir sobre esta primeira semana de meu segundo estágio, criticando os fatores inibidores e facilitadores no alcance dos objetivos traçados para esta semana, e partilhar estes meus pensamentos com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora.

Durante esta semana tive oportunidade de conhecer melhor a UIR, os recursos humanos e materiais existentes, nomeadamente a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar e iniciar a minha integração na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar, assumindo progressivamente o papel de enfermeira de reabilitação.

À medida que o estágio vai decorrendo vou tendo contato com as normas e protocolos utilizados, os projetos e outras atividades específicas realizadas neste serviço.

Encontro-me num serviço bastante diferente da realidade a que estou habituada... Trabalho há dez anos num serviço de urgência, onde, quando internado, o doente fica desprovido de todos os seus bens, incluindo prótese dentária, roupa, onde na grande maioria das vezes o enfermeiro é o agente de autocuidado (AC), para a grande parte das atividades do doente, atuando na maioria das vezes de usando um sistema de enfermagem totalmente compensatório.

Encontro-me agora a vivenciar uma realidade diferente, que me agrada, que acredito que se tenta aproximar mais da individualidade do doente, que dá a este a oportunidade de realizar o AC, cabendo ao enfermeiro atuar onde e quando surge o défice de AC, fazendo pelo doente/família até que este não necessite dos cuidados de enfermagem, usando os diferentes métodos de ajuda, incluindo ensinar o doente de forma a capacitá-lo para a atividade de AC.

Diferentes prestações de cuidados, diferentes rotinas (porque em todo o lado acaba por existir rotinas...), horários pré-definidos para a administração de medicação, com as quais eu tinha tido contato há alguns anos atrás, no meu

curso de base. Contudo, considero que agora com alguma experiência profissional, a integração nestes diferentes aspetos é mais facilitadora.

Quando começamos a exercer a profissão de enfermagem somos principiantes em todos os campos da nossa atividade. Mas a experiência profissional traz-nos confiança, mudança na forma como percebemos e entendemos as situações, discernindo o que é mais relevante do que não é tão importante naquela situação, para aquela pessoa, destinatária dos nossos cuidados, em constante interação com o ambiente que a rodeia. E à medida que desenvolvemos a nossa perícia caminhamos no percurso de iniciado a perito, referido por Benner.

Um dos meus principais receios, antes de iniciar este estágio e perante o mesmo, relacionava-se com o sistema de informação. Os registos de enfermagem são realizados informaticamente de acordo com a CIPE, realidade que me era desconhecida e que eu achava que ia dificultar a minha integração.

Contudo, felizmente sinto que tem-se mostrado um obstáculo facilmente ultrapassado, já que a enfermeira orientadora e outros enfermeiros do serviço têm-se disponibilizado para me ajudar e integrar na adoção destes registos.

Durante esta semana comecei por prestar cuidados gerais e específicos de enfermagem de reabilitação a uma doente cuja situação clínica se enquadra na temática do meu projeto. Trata-se de uma doente com DPOC submetida a VNI. Terminei a semana com dois doentes ao meu cuidado.

Considero que tive tempo para me inteirar da situação dos doentes, procurando a informação pertinente no processo clínico do doente, bem como para proceder à avaliação inicial para colheita de dados dos doentes e intervir sobre as várias necessidades de AC afetadas, avaliando as situações nas vertentes pessoal, familiar, social.

Relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, tive oportunidade de realizar cinesiterapia respiratória, usando o flutter como dispositivos de ajuda, treino de exercício com marcha, ensino relativo à administração de terapêutica inalatória, incentivo ao uso da VNI.

Certifico que o estágio anterior contribuiu bastante para a minha intervenção de agora, tendo-me dado muitos contributos na prestação de cuidados de reabilitação respiratória, permitindo-me ser mais autónoma nesta área.

O contato com a equipa de enfermagem, de assistentes operacionais e com a equipa médica, a nutricionista tem sido facilitador na minha integração, e surge sempre com o objetivo de colmatar os défices de AC dos doentes, ajudando-o na promoção do AC.

Após ter conhecimento de alguns dispositivos utilizados no serviço, conversar com a [REDACTED] e com a [REDACTED], é minha pretensão neste estágio realizar uma ação de formação acerca do flutter e do acapella, dois dispositivos de ajuda na mobilização das secreções.

Desta forma, encontro-me a recolher informação relativa aos mesmos para planear uma ação de formação dirigida aos enfermeiros do serviço, proporcionando assim um momento de esclarecimento de dúvidas e de reflexão, assumindo o papel de formadora e perita em enfermagem de reabilitação.

É minha pretensão, para a próxima semana, participar na passagem de ocorrências com a equipa médica e na reunião multidisciplinar que ocorre semanalmente à terça-feira, para discussão das situações clínicas de todos os doentes internados no serviço.

Uma vez que se prevê alta para uma das doentes a quem prestei cuidados na próxima semana, pretendo também durante a mesma ter oportunidade de estabelecer a articulação com outros serviços e com a comunidade, no sentido do desenvolvimento de programas de reabilitação.

Período entre 2 e 30 de Novembro de 2012

Neste jornal de aprendizagem é minha pretensão compilar algumas situações que de alguma forma mais me marcaram durante estas 4 semanas de estágio, o que senti quando as vivenciei, sobre o que me fizeram refletir, o que mudaram em mim, no meu comportamento, que contributos tiveram para a aquisição de novas competências...

Durante estas quatro semanas de estágio tive sempre ao meu cuidado doentes do foro respiratório (continuando na segunda semana de estágio com os mesmos da semana anterior e, posteriormente, prestando cuidados a

doentes entretanto admitidos, acompanhando-os até à alta). A estes doentes prestei cuidados gerais de enfermagem e cuidados de reabilitação, como reabilitação funcional respiratória (RFR), treino de marcha, ensino de técnicas inalatórias, bem como dos cuidados inerentes à terapia inalatória, cuidados na adaptação à ventilação não invasiva (VNI). A maioria destes doentes tinha como doença de base a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e alguns deles estavam submetidos a VNI.

A adaptação à VNI por parte do doente nem sempre é fácil. Muitas vezes o doente mostra-se renitente ao uso da VNI, pelo que faz parte das funções do enfermeiro proporcionar o conforto necessário para uma melhor adaptação do doente a este tratamento.

A Sr.^a I.C. foi uma doente que acompanhei durante grande parte deste estágio. Foi a minha primeira doente no serviço e estive com ela até à sua alta. Era uma doente renitente à VNI e o seu internamento apostava na melhoria da sua condição respiratória e física e na sua adaptação à VNI.

Com esta doente e outros desenvolvi não só competências inerentes aos cuidados com a VNI como, e para além da RFR realizada, desenvolvi competências relacionadas com a terapêutica, nomeadamente inalatória (como se administra, quais os cuidados inerentes à limpeza e conservação dos dispositivos), oxigenoterapia no repouso e em esforço, técnicas para conservação de energia / para menor consumo de energia na realização das atividades de vida diária, controlo da dispneia na marcha, ensino da tosse, aumento da tolerância ao esforço.

Neste estágio confrontei-me desde logo com a importância da inclusão da família no processo de reabilitação do doente, bem como com a necessidade desta família ser recetiva às mudanças, por vezes mesmo obrigatórias, no regresso do doente a casa. Estas podem ser a introdução de materiais relacionados com a oxigenoterapia (como balas de oxigénio no domicílio, condensadores) ou a ventiloterapia (como ventiladores não invasivos), que necessitam de aprender a manipular.

Posto isto, e independentemente do apoio prestado pelos técnicos das empresas que fornecem os equipamentos, é imprescindível um sistema de enfermagem de apoio e educação que envolva não apenas o doente, como

também a sua família, no que concerne aos cuidados a oxigenoterapia e com a ventiloterapia, nomeadamente com na manipulação destes materiais (quanto mais não seja o ligar e desligar a bala de oxigénio, o condensador, o ventilador; adaptar as respetivas conexões, cuidados de limpeza e adaptação da interface).

A família da Sr.^a I.C. esteve presente durante o internamento desta, mas nem todos os elementos se mostraram recetivos às mudanças necessárias para a reintegração da doente no domicílio. Por exemplo, a filha que todos os dias telefonava para saber da mãe doente e que a visitava com frequência, não se mostrou muito recetiva à VNI no domicílio, referindo inclusivé que a mãe não poderia cumprir o tratamento durante a totalidade do período noturno, pelo incómodo causado pelo barulho do ventilador aos co-habitantes da casa.

Assim, foi importante conhecer estes vários elementos familiares e de que forma cada um deles poderia ajudar a doente no regresso a casa. Foi necessário estabelecer com a família um horário viável para todos para a doente cumprir a VNI e a neta mostrou ser a cuidadora principal da avó doente, a mais interessada no processo de reintegração da doente no domicílio e em dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado no internamento, interessando-se pelos ensinamentos realizados.

Para além da relação que é necessário estabelecer com a família, no sentido de incluí-la no processo de reabilitação do doente, também com outros profissionais de saúde é importante estabelecer uma relação de parceria, nomeadamente com os fisioterapeutas.

Constato que neste serviço não existe uma verdadeira parceria entre o enfermeiro de reabilitação e o fisioterapeuta. Pareceu-me que por vezes existe falta de comunicação, dificuldades no relacionamento... pareceu-me por diversas vezes que quando um está o outro não pode estar... mas a verdade é que o trabalho de um não impede o trabalho do outro. Antes pelo contrário, podem complementar-se e, se trabalharem em parceria, certamente o doente sairá beneficiado.

Durante o meu estágio estavam também em prática clínica alunos de fisioterapia que por vezes cuidavam dos mesmos doentes que eu. Perante tal, senti necessidade de procurá-los para podermos estabelecer um plano de

atuação, que permitisse a ambos trabalhar com o doente, sem sobrecarregá-lo, mas antes de forma a que este tirasse benefício dos cuidados prestados. Assim, se o aluno de fisioterapia realizasse RFR ou treino de marcha ao doente, então eu realizaria também RFR ou treino de marcha, mas num outro horário entretanto combinado com o doente, ou incidiria mais a minha atuação no ensino de técnicas para conservação de energia / para menor consumo de energia na realização das atividades de vida diária, na inaloterapia, conforme a vontade, os desejos e as necessidades do doente (tendo em conta as suas necessidades de AC terapêutico que preenchem os requisitos de AC universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde).

De uma forma geral, tratando-se de doentes crónicos com DPOC, é importante que estes desenvolvam competências inerentes à adaptação à sua doença crónica, sendo necessário informá-los sobre a doença, ensiná-los e treiná-los, no sentido da prevenção e do tratamento das complicações, bem como para uma modificação comportamental.

Enquanto eu prestava cuidados aos doentes pelos quais era responsável, a minha enfermeira orientadora cuidava também de um outro doente, o Sr. J.L.R., um doente com uma série de antecedentes pessoais, com o diagnóstico de Síndrome de Locked in; um doente com alteração da comunicação e uma tetraplegia espástica, com um plano de cuidados que incluía reabilitação respiratória e motora. Uma pessoa que estava internada naquele serviço já há algum tempo, que apresentava relação mais próxima com alguns profissionais de saúde (nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais), que apesar das dificuldades na comunicação conseguia transmitir “o que lhe ia na alma”. Enfim, por diversas razões mostrou-se um desafio para mim, pelo que falei com a Sr.^a Enf.^a [REDACTED] no sentido de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a este doente.

Assim, numa primeira abordagem, enquanto a Sr.^a Enf.^a [REDACTED] fazia reabilitação motora ao Sr. J.L. pediu-lhe autorização para eu, numa próxima oportunidade, começar a trabalhar também com ele. À primeira não fui muito bem recebida – porque não me conhecia, porque já me tinha visto por lá mas ainda não tínhamos comunicado, porque sabia que eu era nova... Nem sei bem como me senti perante aquela negação, pois se por um lado compreendia

a sua vontade, por outro lado tornou este desafio ainda maior, não me fazendo desistir!

A verdade é que “voltei a tentar”, fui aceite e comecei por prestar cuidados de reabilitação respiratória e, essencialmente, reabilitação motora. Inicialmente a enfermeira [REDACTED] esteve lá comigo, mas rapidamente eu e o Sr. J.L. ficámos mais sós e a partir daqui fomos tendo mais oportunidades de fortalecer esta nossa relação que se pretendia terapêutica, de parceria...

Esta relação que se foi desenvolvendo ao longo do estágio, mostrou-se por vezes difícil. Aceitá-lo incondicionalmente, estar atenta à linguagem não verbal, procurar estabelecer com ele um código de linguagem que nos permitisse comunicar e compreender mutuamente, respeitar o seu silêncio, bem como a sua negação e as manifestações de dor... dor pela revolta perante o seu estado físico, pela incapacidade em comunicar, em comer, em mover-se, por estar ali, assim... Dor... difícil de definir e de viver com ela e porque a dor nos outros também nos causa dor...

Apesar de não verbalizar, o Sr. J.L. comunicava com o olhar, acenando sim e não com a cabeça, pelo que à medida que os dias iam avançando acredito que estabelecemos uma relação empática e terapêutica.

O primeiro sorriso do Sr. J.L. não surgiu logo, mas foi emocionante quando apareceu. Mais ainda foi quando começámos a ver uma evolução do seu estado com a reabilitação motora. O Sr. J.L. começou a fazer abdução e adução do polegar direito, com o tempo foi apresentando mais força na mão, com flexão e extensão dos dedos e fazendo uma ligeira adução do membro superior direito. Uma verdadeira evolução que nos alegrou a todos e fez mobilizar a equipa médica, no sentido de acreditar que este doente ainda tinha algum potencial de reabilitação. Triste foi quando surgiu o comentário de que havia agora necessidade de mobilizar as fisioterapeutas para iniciar uma reabilitação motora!

A verdade é que a melhoria na função motora daquele doente devia-se ao trabalho que estava a ser desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação daquele serviço, o que se podia confirmar também pelos registos de enfermagem realizados no processo clínico do doente. Parecia que até aquele momento o papel do enfermeiro de reabilitação, com aquele doente, ainda não

tinha sido percebido, por parte da equipa médica. Equipa esta que valoriza (e com razão) o trabalho dos fisioterapeutas, e que fez estes aparecerem, pela primeira vez, no horizonte do Sr. J.L.

A partir desse momento, todos os dias de manhã o Sr. J.L. começou a receber um bom dia dos fisioterapeutas, mas até ao final deste meu estágio estes não iniciaram o seu trabalho com o Sr. J.L. Eu e os enfermeiros de reabilitação do serviço mantivemos a nossa prestação, dando-lhe igualmente (e como antes) visibilidade nos registos de enfermagem e na passagem de ocorrências.

Durante este tempo vivenciei sentimentos de impotência por não poder resolver de todo os seus diversos e possíveis problemas, senti algum alívio por ter conseguido que o doente expressasse de alguma forma os seus sentimentos mais angustiantes (com gritos, com facies de revolta e com movimentos da cabeça que pediam afastamento) e constatei que depois deste momento, do confronto com a realidade, ao ver-se ao espelho, da possibilidade de poder decidir acerca do seu tratamento, talvez ele estivesse mais aliviado pela possibilidade de se sentir compreendido e ter poder de decisão.

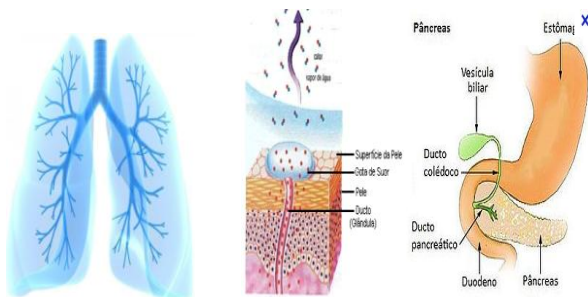
Considero que nas reuniões multidisciplinares que ocorrem semanalmente, o enfermeiro de reabilitação continua a dar visibilidade ao seu trabalho, mas acredito também que ainda tem um longo caminho a percorrer, para que seja reconhecido e valorizado na sua prática. É possível um trabalho multidisciplinar, com uma equipa de saúde constituída pelo doente / família, enfermeiro generalista, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista, médico, capaz de planear e intervir de forma a proporcionar ao doente uma melhoria do seu estado de saúde, com um internamento que se pretende o mais curto possível, uma reabilitação iniciada o mais precocemente possível, com vista o regresso do doente ao domicílio, onde se pretende que o doente tenha um papel ativo no seu AC e uma vida pessoal, familiar, profissional, social adaptada à sua situação clínica.

No último dia de estágio assumi o papel de formadora, ao proporcionar uma sessão de formação sobre os dispositivos de pressão expiratória positiva flutter e acapella dirigida aos enfermeiros da UIR, no sentido destes desenvolverem

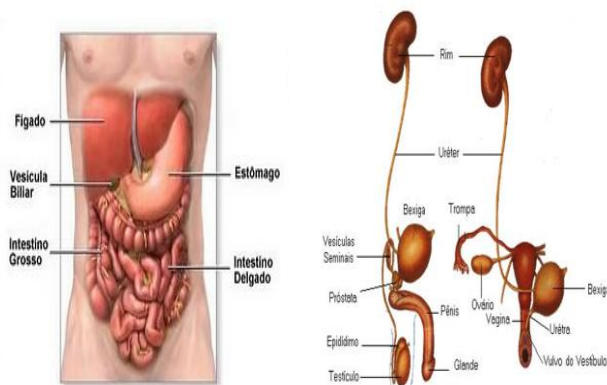
competências no âmbito da utilização destes dispositivos de ajuda. Uma vez que não estiveram presentes todos os enfermeiros do serviço, sugeri realizar novamente esta formação, para que o maior número de enfermeiros tivesse esta mesma oportunidade, oferecendo-me para o fazer quando fosse conveniente para o serviço.

**Apêndice 16 - Proposta de folheto “Consulta de Fibrose
Quística”**

O QUE É A FIBROSE QUÍSTICA?



A Fibrose Quística (FQ) é uma doença hereditária, crónica, que atinge vários órgãos do organismo como o pulmão, o pâncreas, o intestino, as glândulas sudoríparas e o aparelho reprodutor, e que se pode apresentar de diversas formas.



O QUE É A FIBROSE QUÍSTICA?

As primeiras manifestações da doença surgem habitualmente nos primeiros anos de vida, geralmente com sintomas respiratórios persistentes ou recorrentes e má progressão ponderal.

O órgão mais afetado e que mais contribui para a morbilidade e mortalidade é o pulmão. A doença pulmonar caracteriza-se por obstrução das vias aéreas, infeção bacteriana crónica e uma excessiva resposta inflamatória.

É fundamental a prevenção e o tratamento destes processos pulmonares, uma boa nutrição, a atividade física e o apoio psicológico e social.

CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA

Criança com FQ → consulta de FQ na Pediatria.
Adulto com FQ = principal responsável pela gestão da sua doença.





Consulta de Fibrose Quística na URFR

Equipa multidisciplinar constituída por:


- Médico Pneumologista
- Enfermeiro
- Dietista
- Pessoa com FQ
- Acompanhante (familiar, amigo)


CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA


 Fornece-se a informação necessária para que a pessoa com FQ e o seu acompanhante compreendam a doença e a necessidade do seu tratamento.

 Ajuda-se a pessoa com FQ a adaptar-se da melhor forma à sua doença, evitando a sua progressão, ajustando o tratamento às outras atividades da vida diária (escola,

TRATAMENTO DA FIBROSE QUÍSTICA


 Cinesiterapia respiratória - auxilia na desobstrução brônquica e consequente redução do número de infeções respiratórias, utilizando técnicas de drenagem postural, percussão e vibração, tosse assistida, a utilização de outros dispositivos como o Flutter.

 Terapêutica associada – broncodilatadores, soluções salinas hipertónicas, agentes modificadores do muco; antibióticos.

 Nutrição adequada - a pessoa com FQ deve ter uma dieta que forneça calorias e proteínas suficientes para um crescimento normal ➡ hipercalórica, com suplementos vitamínicos e enzimas pancreáticas.



Atividade física, febre ou exposição a um clima quente faz transpirar mais pelo que a pessoa com FQ deve tomar suplementos de sal.

 Apoio psicológico e social - importante pelas repercussões que esta doença tem a nível do sentimento de realização pessoal, na integração social e em termos económicos.

CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA

Unidade de Readaptação
Funcional Respiratória

do

Quintas-feiras de Manhã

21

dias úteis das 8h às 18h

Proposta de folheto realizado por: Ana Carina Oliveira Martins –
aluna da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da ESEL,
sob orientação da Sr.ª Enf.ª (URFR)

**Apêndice 17 – Plano de Cuidados à Pessoa com Doença
Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não
Invasiva**

Fatores pessoais e condicionantes básicos:

Nome: I.C.

Nome preferido: I.

Sexo: Feminino

Idade: 84 Anos

Estado Civil: Viúva

Profissão: reformada

Agregado Familiar: filha, genro e duas netas gémeas (uma delas considerada a pessoa de referência e cuidador principal).

Pessoa Significativa: neta

Naturalidade: Beira Interior

Morada: Lisboa

Fonte de informação: processo clínico da doente e doente

História Clínica:

No dia 8/10/2012 deu entrada no Serviço de Urgência por um quadro, com 2 semanas de evolução, de agravamento progressivo de cansaço para médios esforços e edemas. Foi transferida no mesmo dia para o internamento no serviço de Medicina do HPV, onde apresentou cansaço para pequenos esforços.

A 11/10 apresentou quadro de hipertensão arterial, polipneia e dessaturação, com reversão do mesmo com a terapêutica instituída.

A 12/10 teve episódio de edema agudo do pulmão, com tentativa de colocação de BiPAP por apresentar acidose respiratória, sem sucesso, pela dificuldade na adaptação, não tolerando a VNI. Foi transferida para a Unidade Intermédia da Medicina e, posteriormente, para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, por insuficiência respiratória global crónica agudizada e DPOC com bronquiectasias colonizada com *Pseudomonas aeruginosa*. Neste serviço manteve-se renitente à colocação da VNI com BiPAP, apesar da necessidade do seu cumprimento em período diurno e noturno.

Quando apresentou estabilidade respiratória foi transferida para a Unidade de Insuficientes Respiratórios, tendo sido admitida neste serviço no dia 19/10/2012, por DPOC agudizada com necessidade de VNI. Chegou de cadeira de rodas.

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (30 de Outubro, turno da manhã):

Estado de consciência e grau de participação: calma, consciente, orientada no espaço e na pessoa, desorientada no tempo, participativa.

Sinais Vitais:

TA 142/56 mmHg

FC 68 bpm

FR 20 cpm em repouso

Oximetria periférica 91% com aporte de O₂ a 1l/min por óculos nasais

Temperatura timpânica: 36.2 °C

Ventilação: espontânea

Padrão respiratório: Respiração mista, com amplitude superficial, ritmo regular

Inspeção Torácica: simetria torácica.

Dispneia funcional a médios esforços.

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido nos terços superiores de ambos os hemitórax e diminuídos nos terços médios e inferiores de ambos os hemitórax, com roncos dispersos pelos terços médios e inferiores de ambos os hemitórax.

Tosse produtiva expelindo com dificuldade secreções esverdeadas, espessas, purulentas, em pequena quantidade.

Radiografia torácica de 12/10/2012 “derrame pleural ligeiro a moderado à esquerda”.

Análises clínicas de dia 25/10/2012 mostram agravamento da função renal; análises clínicas de 27/10/2012 mostram Hemoglobina 10,1; Eritrócitos 3,83; Hematócrito 31,2; VGM 81,5; HGM 26,5; CMHG 32,5; função renal agravada mantida com creatinina de 1,9, ureia de 110 e melhoria dos parâmetros inflamatórios, com Linfócitos 22,7; PCR 4,8.

Gasimetria de 24/10/2012, com aporte de O₂ a 2l/min: pH 7,38; PaCO₂ 53,2; PaO₂ 65; HCO₃ 31,1; SaO₂ 92,2.

Gasimetria de dia 29/10/2012, com aporte de O₂ a 2l/min: pH 7,58; PaCO₂ 53; PaO₂ 65; HCO₃ 31; SaO₂ 94,2.

Requisitos de Autocuidado Universais:

<i>Padrão habitual de Autocuidado</i>	<i>Défice de Autocuidado</i>
Manutenção de inspiração de ar suficiente: Dispneia a médios esforços, tosse produtiva, necessidade de cumprir VNI com dificuldade na sua adaptação.	Défice de inspiração de ar suficiente por apresentar respiração superficial, dispneia a pequenos esforços, acidose respiratória, presença de secreções e tosse pouco eficaz. Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e de apoio e ensino.
Manutenção de ingestão suficiente de água: Ingere cerca de 1litro de água por dia. Apresenta pele seca.	Défice de ingestão suficiente de água por apresentar pele seca. Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e de apoio e ensino.
A manutenção de ingestão suficiente de alimentos: Doente alimenta-se autonomamente da dieta diabética fornecida, ingerindo na grande maioria das vezes a totalidade da	Sem défice.

alimentação fornecida. Utiliza prótese dentária superior e inferior.	
<i>Padrão habitual de Autocuidado</i>	<i>Défice de Autocuidado</i>
<p>Promoção dos cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos:</p> <p>Doente algaliada com folley 16, referindo desconforto provocado pela algália, apresentando drenagem vesical funcionante de urina amarelada com sedimento e cheiro fétido. Encontra-se a fazer perfusão de furosemida 100mg/SF50cc a 1cc/h, por seringa infusora.</p> <p>Doente refere que habitualmente, no domicílio, evacua diariamente; agora internada não mantém padrão habitual de eliminação, apresenta abdómen globoso e volumoso.</p>	<p>Défice na promoção dos cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos por apresentar desconforto provocado pela algália, urina com sedimento e cheiro fétido, alteração do padrão habitual de eliminação intestinal, apresentando abdómen globoso e volumoso.</p> <p>Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e ensino.</p>
<p>A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso:</p> <p>Apresenta insónias no sono inicial e agitação durante o turno da noite, mostrando-se renitente ao uso da VNI. O efeito da medicação administrada no turno da noite</p>	<p>Défice na manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso por apresentar insónias no sono inicial, necessidade do uso de medicação no turno da noite cujo efeito se prolonga durante o turno da manhã.</p>

prolonga-se pelo turno da manhã apresentando períodos de sonolência durante o mesmo.	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório.
<i>Padrão habitual de Autocuidado</i>	<i>Défice de Autocuidado</i>
<p>A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social:</p> <p>No internamento permanece o dia na sua unidade, alternando a posição de sentada em cadeira, no cadeirão, no banco; levanta-se com frequência e caminha em redor da cama.</p> <p>Vê pouca televisão.</p> <p>Tem visitas diariamente, com as quais aparenta apresentar um relacionamento satisfatório.</p> <p>A doente não manifesta sentimento de solidão ou de falta de interação social.</p>	Sem défice.
<p>A prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano.</p> <p>Risco de queda, necessidade de ajuda parcial na transferência da cama para o cadeirão e vice-versa.</p>	<p>Perigo à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano por apresentar risco de queda, marcha lenta com paragens embora com a cabeça levantada, com passos curtos e com o arrastar dos pés, necessidade de ajuda parcial para a transferência da cama para cadeirão e vice-versa.</p>

	Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório.
<i>Padrão habitual de Autocuidado</i>	<i>Défice de Autocuidado</i>
<p>A promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal:</p> <p>A Sr^a I.C. necessita de ajuda para a realização dos cuidados de higiene (nomeadamente para a higiene da região dorsal, pernas e pés)</p>	<p>Défice na promoção do desenvolvimento do ser humano de acordo com o seu potencial, as suas limitações e o desejo de ser normal por défice de autocuidado nos cuidados de higiene.</p> <p>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e de apoio e ensino.</p>

Requisitos de Autocuidado por Desvio de Saúde:

Diagnóstico: DPOC agudizada com dificuldade na adaptação à VNI.

Terapêutica habitual: furosemido 1cp à noite, perindopril 4mg em jejum e à noite, glicazida 30mg de manhã, galvus 1 cp de manhã, amiodarona 200mg de manhã, filotempo 225mg 1 cp de manhã e à noite, formeterol 1 inalação de manhã e 1 inalação à noite, spiriva 1 inalação de manhã, miflonide 1 inalação de manhã e 1 inalação à noite, aspirina 100mg 1cp ao almoço, sinvastatina 20mg 1cp à noite, adalat CR30 1cp à noite.

- Défice de autocuidado por apresentar recusa e dificuldade na adaptação à VNI.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e ensino.

Requisitos de Desenvolvimento de Autocuidado:

Antecedentes Pessoais:

✓ DPOC com Bronquiectasias (pouco broncorreica), em seguimento no HDIR

- ✓ Insuficiência Respiratória Global sob OLD 1,5l/min
- ✓ Insuficiência cardíaca congestiva
- ✓ Disritmia não especificada
- ✓ HTA
- ✓ Bradicárdica iatrogénica
- ✓ Insuficiência Renal Crónica (diagnosticada em 2009)
- ✓ DM Tipo II
- ✓ Dislipidémia
- ✓ Insuficiência Renal Crónica Agudizada
- ✓ Hipotiroidismo
- ✓ Status pós etmoidectomia esquerda por tumor benigno das fossas nasais (hemangiopericitoma) no dia 13/6/2012, seguida em consulta de ORL

A Srª I.C. tem casa própria mas desde Junho 2012 (após cirurgia) que reside em casa da filha; esta e uma das suas netas visitam a doente com frequência e telefonam diariamente. Quando tiver alta a doente irá novamente para casa da filha, onde já faz OLD e onde certamente irá fazer VNI noturno.

- Défice de autocuidado por apresentar necessidade do cumprimento de OLD em repouso e em esforço e VNI em período noturno, no domicílio.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de enfermagem de apoio e ensino.

Resumo dos problemas identificados:

- Défice de inspiração de ar suficiente por apresentar respiração superficial, dispneia a pequenos esforços, acidose respiratória, presença de secreções e tosse pouco eficaz.

- Défice de ingestão suficiente de água por apresentar pele seca.

- Défice na promoção dos cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos por apresentar desconforto provocado pela algália, urina com sedimento e cheiro fétido, alteração do padrão habitual de eliminação intestinal, apresentando abdómen globoso e volumoso.

- Déficit na manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso por apresentar insónias no sono inicial, necessidade do uso de medicação no turno da noite cujo efeito se prolonga durante o turno da manhã.

- Perigo à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano por apresentar risco de queda, marcha lenta com paragens embora com a cabeça levantada, com passos curtos e com o arrastar dos pés, necessidade de ajuda parcial para a transferência da cama para cadeirão e vice-versa.

- Déficit na promoção do desenvolvimento do ser humano de acordo com o seu potencial, as suas limitações e o desejo de ser normal por déficit de autocuidado nos cuidados de higiene.

- Déficit de autocuidado por apresentar recusa e dificuldade na adaptação à VNI.

- Déficit de autocuidado por apresentar necessidade do cumprimento de OLD em repouso e em esforço e VNI em período noturno, no domicílio.

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Avaliação
30/10/2012	<ul style="list-style-type: none"> Déficé de inspiração de ar suficiente por apresentar respiração superficial, dispneia a pequenos esforços, acidose respiratória, presença de secreções e tosse pouco eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> Reeducação abdomino-diafragmática. Aumentar a tolerância ao esforço. Otimizar a terapêutica inalatória. Adaptação à VNI para corrigir a acidose respiratória. Que a Sr^a I.C. apresente uma tosse eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar à Sr.^a I.C. os exercícios a realizar, os seus objetivos e realizar ensino sobre os mesmos para que seja autónoma na sua realização. Auscultação Pulmonar. Avaliação dos sinais vitais, nomeadamente da respiração e da saturação de oxigénio periféricas. Ensino de posições de descanso e relaxamento. Controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração. Ensino da respiração abdomino-diafragmática. Reeducação abdomino-diafragmática posterior e das hemicúpulas direita e esquerda. Reeducação costal global e seletiva, com abertura costal e com o uso do 	<p>30/10:</p> <p>Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido nos terços superiores e médios, diminuído nos terços inferiores; roncos nos terços médios e inferiores de ambos os hemitórax.</p> <p>Iniciada RFR com aporte de O₂ a 2l/min, tendo o Sr.^a I.C. participado na realização da posição de descanso e relaxamento com alguma dificuldade na consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração.</p> <p>Reeducação abdomino-</p>

			<p>bastão.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse assistida. - Incentivar o uso do flutter. - Ensinar a administração correta da terapêutica inalatória (MDI), com o uso da câmara expansora, de forma a tornar a Sr.^a I.C. o mais autónoma possível no seu tratamento. - Explicar à Sr.^a I.C. a necessidade do cumprimento da VNI. - Montar o circuito e verificar o funcionamento do aparelho. - Posicionar confortavelmente a doente aquando da realização da VNI, com cabeceira a 30°. - Monitorizar a doente (FC, TA, FR e Sat O2). - Selecionar a interface e adaptá-la à doente. - Conetar a Sr.^a I.C. ao ventilador de 	<p>diafragmática global e reeducação costal global com bastão.</p> <p>Passou VNI com aparelho vision para aparelho vivo 30 com os seguintes parâmetros: IPAP 24, EPAP 6 e FR 20, com aporte de O2 a 2l/min e máscara facial total, para fazer nos turnos da tarde e da noite.</p> <p>Feito ensino sobre a terapêutica inalatória com o uso da câmara expansora-</p> <p>31/10:</p> <p>Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido nos terços superiores e médios, diminuído nos terços inferiores; roncos nos</p>
--	--	--	--	---

			<p>acordo com os parâmetros previamente estabelecidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a doente a sincronizar-se com o ventilador. - Prevenir, detetar precocemente e resolver possíveis complicações decorrentes da VNI. - Realizar treino de exercício com marcha. - Registos de enfermagem de reabilitação. 	<p>terços médios e inferiores de ambos os hemitórax.</p> <p>Foram realizados os mesmos exercícios do dia anterior e introduzido reeducação abdomino-diafragmática seletiva de ambas as hemicúpulas diafragmáticas, reeducação costal seletiva em lateral direito e esquerdo e antero lateral direito e esquerdo, com abdução do membro superior e antero-lateral esquerdo e direito.</p> <p>Doente consegue elevar os membros superiores num ângulo de cerca de 100°.</p> <p>Feito ensino da tosse, com tosse assistida.</p>
--	--	--	---	--

				<p>Incentivado o flutter que a doente tem no domicílio, embora não dê uso.</p> <p>Doente expeliu secreções esverdeadas, espessas, purulenta em moderada quantidade.</p> <p>No final da RFR doente apresentou melhoria da auscultação pulmonar.</p> <p>Interface passou a máscara facial mirage, com boa tolerância da doente.</p> <p>2/11:</p> <p>Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantidos em ambos os hemitórax e roncosp dispersos pelos terços médios e inferiores de</p>
--	--	--	--	---

				<p>ambos os hemitórax.</p> <p>Mantidos exercícios anteriores e uso do flutter, com incentivo e supervisão nos exercícios realizados e reforçado ensino sobre a importância dos mesmos.</p> <p>Doente realizou tosse assistida, expelindo secreções amareladas, mucopurulentas, espessas, em pequena quantidade.</p> <p>5/11:</p> <p>Doente suspendeu VNI após realização de gasimetria (pH 7,36; PaCO₂ 60,4; PaO₂ 58,4; HCO₃ 33,1; Sa O₂ 88,9)</p> <p>7/11</p>
--	--	--	--	--

				<p>Após realização de gasimetria que revelou acidose respiratória, reiniciou VNI no turno da manhã, com os mesmos parâmetros, tendo cumprido a ventilação durante 2 horas, com boa tolerância. Doente com indicação para cumprir VNI em períodos da tarde e no período noturno.</p> <p>8/11</p> <p>VNI passou a vivo 40 (que levará para o domicílio).</p> <p>Até este dia a doente manteve-se a fazer RFR, colaborando na realização dos exercícios.</p> <p>9/11</p> <p>Reforçados exercícios de</p>
--	--	--	--	---

				RFR que a doente revela ser capaz de realizar autonomamente no domicílio (respiração abdomino-diafragmática, reeducação abdomino-diafragmática global e reeducação costal global com bastão; uso do flutter).
	<ul style="list-style-type: none"> Défi ce de ingestão suficiente de água por apresentar pele seca. 	<ul style="list-style-type: none"> Que a Sr^a I.C. apresente uma pele mais hidratada. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a ingestão de água; Promover a hidratação da pele com o uso de creme hidratante (dar à doente para aplicar nas zonas corporais ao seu alcance e massajá-la com creme hidratante na região dorso-lombar, pernas e pés). 	<p>Doente com SF 500cc EV diário prescrito até ao dia 2/11.</p> <p>Mantém ingestão de água.</p> <p>Aplica creme hidratante na região corporal, necessitando de ajuda para a sua aplicação na região dorso-lombar, pernas e pés.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Défi ce na promoção dos 	<ul style="list-style-type: none"> Que a Sr^a I.C. deixe de apresentar o 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar urocultura e administrar antibioterapia prescrita consoante o 	A 30/10, após realização de urocultura a Sr. ^a I.C. foi

	<p>cuidados associados com os processos de eliminação e os excrementos por apresentar desconforto provocado pela algália, urina com sedimento e cheiro fétido, alteração do padrão habitual de eliminação intestinal, apresentando abdómen globoso e volumoso.</p>	<p>desconforto associado à eliminação vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a Sr^a I.C. apresente hábitos intestinais o mais próximo do seu padrão habitual e não apresente desconforto abdominal. 	<p>resultado da mesma;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desalgaliar a doente conforme indicação médica; - Proporcionar a ida à casa de banho para urinar sempre que a doente manifeste vontade; - Administrar emolientes das fezes prescritos; - Incentivar a massagem abdominal; - Promover a mobilidade. 	<p>desalgaliada e iniciou antibioterapia por urocultura positiva para <i>Klebsiella pneumoniae</i>. Iniciou antibioterapia que mantém na data da alta (9/11), por mais dois dias.</p> <p>Após desalgaliação não referiu mais desconforto urinário, urinando espontaneamente na arrastadeira, na casa de banho.</p> <p>Esteve medicada com emolientes das fezes durante o internamento, foi incentivada a massagem abdominal e promovida a mobilidade, que a doente foi realizando, e apesar de</p>
--	--	---	---	--

				manter um abdómen globoso não referiu desconforto abdominal.
	<ul style="list-style-type: none"> • Défice na manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso por apresentar insónias no sono inicial, necessidade do uso de medicação no turno da noite cujo efeito se prolonga durante o turno da manhã. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma posição corporal que favoreça o descanso. - Diminuir a ansiedade associada ao cumprimento da VNI no período noturno. - Proporcionar descanso nas horas noturnas e a vigília durante o dia, para a realização de outras atividades como a RFR. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar posição de descanso e relaxamento, incluindo a elevação da cabeceira, na cama; -Administração da terapêutica ansiolítica prescrita antes de iniciar VNI, para controlo da ansiedade; - Administração de haloperidol prescrito em SOS, se necessário, no turno da noite, sem contudo levar a que a doente se encontre muito sonolenta durante o turno da manhã. 	<p>31/10</p> <p>A Sr.ª I.C. encontrava-se no início do turno da noite ansiosa, apelativa e com períodos de desorientação, tendo sido administrada terapêutica prescrita em SOS, para que cumprisse a VNI. No turno da manhã encontrava-se ainda bastante sonolenta, com dificuldade em colaborar nos exercícios de RFR.</p> <p>2/11</p> <p>Doente mais colaborante na realização dos exercícios de RFR, gradualmente mais</p>

				autónoma na realização dos mesmos, com necessidade de incentivo e supervisão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Perigo à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano por apresentar risco de queda, marcha lenta com paragens embora com a cabeça levantada, com passos curtos e com o arrastar dos pés, necessidade de ajuda parcial para a transferência da cama para cadeirão e vice-versa. 	- Diminuir o risco de queda.	<ul style="list-style-type: none"> - Baixar o plano da cama. - Ajudar na transferência da cama para o cadeirão e vice versa. - Subir as grades da cama quando a doente se encontra deitada na cama. - Auxílio na marcha (inclusive com o suporte do oxigénio portátil que funciona como andarilho). 	<p>Perante o risco de queda foram tomadas as medidas necessárias, tendo o internamento decorrido sem intercorrências a este nível.</p> <p>A doente realiza marcha com apoio do suporte de oxigénio portátil que funciona como andarilho, com avaliação constante da saturação de oxigénio periférica para determinação do débito de oxigénio necessário durante o esforço.</p> <p>Gradualmente a doente tem vindo a necessitar de menor</p>

				débito de O2 em esforço, ficando prescrito para o domicílio aporte de 2l/min.
	<ul style="list-style-type: none"> Déficé na promoção do desenvolvimento do ser humano de acordo com o seu potencial, as suas limitações e o desejo de ser normal por déficé de autocuidado nos cuidados de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> Que a Sr^a I.C. seja o mais autónoma possível na realização dos cuidados de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover o autocuidado no banho, com supervisão e substituição da doente somente quando necessário. Ensinar técnicas de conservação de energia na realização dos cuidados de higiene. 	<p>Desde o dia 30/10 que a Sr.^a I.C. vai à casa de banho para os cuidados de higiene e de eliminação vesical e intestinal. É autónoma para a realização da sua higiene corporal com excepção da região dorso-lombar, nadegueira, pernas e pés, para as quais necessita de ajuda.</p> <p>Ensinadas técnicas de conservação de energia e formas de promoção de cuidados de higiene usando dispositivos de ajuda, à doente e família (filha e</p>

				neta)
	<ul style="list-style-type: none"> Déficé de autocuidado por apresentar recusa e dificuldade na adaptação à VNI. 	<ul style="list-style-type: none"> Que a Sr^a I.C. compreenda a necessidade de cumprir o tratamento com a VNI. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar à doente a necessidade do cumprimento da VNI. Incentivar o cumprimento da VNI. 	<p>Reforçada a necessidade do cumprimento da VNI, que a doente realizou durante o internamento, inicialmente nos turnos da manhã, tarde e noite, dando preferência ao turno da noite.</p> <p>A doente aceitou o tratamento, pelo que foi pedido à empresa fornecedora um BiPAP vivo 40 para o domicílio; posteriormente foi feito ensino relativo à VNI à doente e família (filha e neta).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Déficé de autocuidado por 	Ajudar na preparação do regresso a casa,	<ul style="list-style-type: none"> Ensino sobre o débito da OLD em repouso e em esforço. 	<p>9/11</p> <p>Foi feito ensino à família</p>

	<p>apresentar necessidade do cumprimento de OLD em repouso e em esforço e VNI em período noturno, no domicílio.</p>	<p>ensinando a Sr^a I.C. e sua família (filha e neta), envolvendo-a no tratamento, sobre os cuidados a ter com a OLD e com a VNI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino sobre o manuseamento e limpeza da máscara facial, cumprimento das recomendações de utilização do BiPAP. - Promoção de uma boa adesão da Sr^a I.C. ao tratamento com OLD e VNI. - Encaminhar a doente para o seu seguimento no HDIR. 	<p>(filha e neta da Sr^a I.C.) acerca do débito de oxigénio que a Sr^a I.C. deve fazer em repouso e em esforço.</p> <p>Reforçado ensino feito à família no dia anterior sobre como ligar e desligar o BiPAP, como conetar à fonte de oxigénio, como manusear a máscara facial e quais os cuidados a ter na sua manutenção.</p> <p>Doente já seguida no ADIR, a aguardar ida à sala de ventilação eletiva.</p>
--	---	---	--	---